Bibliothèque médicale
Charcot-Debove

Drs Magnan et Legrain

Les Dégénérés

BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE

FONDÉE PAR MM.

J.-M. CHARCOT et **G.-M. DEBOVE**

DIRIGÉE PAR M.

G.-M. DEBOVE

Membre de l'Académie de médecine,
Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Andral.

Polin et **Labit**. Hygiène alimentaire.
Boiffin. Tumeurs fibreuses de l'utérus.
E. Rondot. Le Régime lacté.
Ménard. Coxalgie tuberculeuse.
F. Verchère. La Blennorrhagie chez la femme. 2 vol.
P. Legueu. Chirurgie du rein et de l'uretère.
P. de Molènes. Traitement des affections de la peau. 2 vol.
Ch. Monod et **J. Jayle**. Cancer du sein.
P. Mauclaire. Ostéomyélites de la croissance.
Blache. Clinique et thérapeutique infantiles. 2 vol.
A. Reverdin (de Genève). Antisepsie et Asepsie chirurgicales.
Louis Beurnier. Les Varices.
G. André. L'Insuffisance mitrale.
Guermonprez (de Lille) et **Bécue** (de Cassel). Actinomycose.
P. Bonnier. Vertige.
De Grandmaison. La Variole.
A. Courtade. Anatomie, physiologie et séméiologie de l'oreille.
J. Duplaix. Des Anévrysmes.
Ferrand. Le Langage, la Parole et les Aphasies.
Paul Rodet et **C. Paul**. Traitement du lymphatisme.
H. Gillet. Rythmes des bruits du cœur (physiologie et pathologie).
Lecorché. Traitement de la goutte.
J. Arnould. La Stérilisation alimentaire.
Legrain. Microscopie clinique.
A. Martha. Des Endocardites aiguës.
J. Comby. Empyème pulsatile.
L. Poisson. Adénopathies tuberculeuses.
E. Périer. Hygiène alimentaire des enfants.
Pierre Achalme. Immunité dans les maladies infectieuses.
Laveran. Des Hématozoaires chez l'homme et les animaux.
R. Blanchard. Les vers du sang.
Magnan et **Legrain**. Les Dégénérés.

POUR PARAITRE PROCHAINEMENT

M. Bureau. Les Aortites.
G. Martin. Myopie. Hypéropie. Astigmatisme.
Mauclaire et de Bovis. Des Angiomes.
J. Garel. Rhinoscopie.
A. Robin. Ruptures du cœur.
E. Valude. Les Ophtalmies du nouveau-né.
Denucé. Le Mal de Pott.
Legry. Les Cirrhoses alcooliques du foie.
Du Castel. Chancres génitaux et extra-génitaux.

LES DÉGÉNÉRÉS

(ÉTAT MENTAL ET SYNDROMES ÉPISODIQUES)

PAR

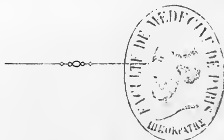
LE Dr MAGNAN

Médecin en chef à l'asile Sainte-Anne.
Membre de l'Académie de Médecine.

ET

LE Dr LEGRAIN

Médecin en chef à l'asile de Ville-Évrard,
Membre de la Société Médico-psychologique.



PARIS

RUEFF ET Cie. EDITEURS

106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106

1895

LES DÉGÉNÉRÉS

INTRODUCTION

ÉVOLUTION DES IDÉES EN PSYCHIATRIE AU XIXe SIÈCLE

SOMMAIRE. — Doctrines humorales. — La folie générale. — La folie secondaire : Griesinger. — Méthode symptomatique. — Monomanies et folies partielles : Esquirol, Baillarger et Ferrus. — Origine française de la doctrine des folies primaires ou paranoïas. — Méthode étiologique : Morel. — L'hérédité morbide, les dégénérescences. — Influence générale des idées de Morel. — Les points faibles de sa doctrine. — Derniers vestiges de la méthode symptomatique.

La doctrine des dégénérescences est née d'hier. L'idée d'isoler dans l'espèce humaine des êtres qu'une évolution spéciale précipite progressivement vers une déchéance fatale, et d'en grouper les caractères cliniques, était presque une nouveauté quand Morel, en 1857, la mit au jour et en

fit ce que l'on sait. Il est intéressant, croyons-nous, avant de montrer comment elle fit son chemin jusqu'aujourd'hui, de jeter un coup d'œil rétrospectif très rapide sur l'évolution des idées en psychiatrie dans notre siècle.

Depuis que la science, abandonnant les vieilles doctrines humorales sur la folie, considéra que le cerveau, organe exclusif de tout travail psychique, était par suite le seul domaine de la folie, on s'est efforcé, pour la clarté de l'analyse, de grouper en de grandes divisions les manifestations anormales que l'on observait. Ces divisions correspondirent tout naturellement à celles que la psychologie normale a établies parmi les facultés de l'esprit : *sensibilité*, *intelligence*, *volonté*.

Si les désordres de l'esprit peuvent être généraux, c'est-à-dire affecter simultanément toutes les facultés, les perturbations de ces trois grandes fonctions peuvent encore être distinctes les unes des autres, suivant la localisation du mal dans tels ou tels départements cérébraux, que l'on croit vraisemblablement préposés à ces fonctions. Le cerveau postérieur, siège des appétits et des instincts, des facultés affectives, de la sensibilité psychique proprement dite, est aussi celui des troubles du sentiment, de ces états morbides

groupés par certains aliénistes sous le nom de *psychonévroses*. Le cerveau antérieur, siège des facultés intellectuelles proprement dites, est aussi celui des troubles de l'idéation, des perturbations survenues dans les processus de la pensée, en dehors de toute influence affective. A ces troubles s'est appliquée par opposition la dénomination de *cérébropsychoses*, aussi significative dans la sphère des opérations intellectuelles que l'est celle de psychonévrose, dans le domaine affectif.

Quant à la volonté, les conceptions psycho-physiologiques modernes ne permettent plus guère de la considérer comme faculté localisable, même grossièrement : elle n'est qu'une des propriétés de toute cellule nerveuse, dont elle exprime le mode d'énergie. Pourtant au point de vue symptomatique, cette propriété apparaît comme pouvant être altérée isolément, et l'analyse clinique réserve les mots d'*impulsions* et de *phénomènes d'arrêt* ou d'*inhibition* à des phénomènes objectivement caractérisés par des troubles de la volonté, dont ils expriment l'automatisme et l'anéantissement. Dans certaines circonstances on peut localiser la source de quelques-uns de ces troubles dans la région motrice, intermédiaire aux deux territoires précédents, lorsqu'ils *paraissent* déta-

chés de toute influence pathogène, affective ou intellectuelle.

D'une façon générale, aux désordres de la sensibilité, désordres affectifs, correspondent les états simples connus sous les noms de *manie* et de *mélancolie*, dans lesquels la lésion du sentiment est *primordiale*. S'il existe concurremment des troubles des idées, des troubles délirants, ils sont *secondaires* et engendrés par les désordres du sentiment, qui peuvent exister seuls.

Aux troubles intellectuels correspondent les désordres que l'on peut ranger sous l'étiquette *d'états délirants*. S'il existe concurremment des troubles affectifs, ils sont à leur tour *secondaires*; ils ne sont qu'autant de réactions du malade; mais les troubles de l'intelligence peuvent également exister seuls.

Quant aux troubles de la volonté ils sont, au premier chef, des *phénomènes réactionnels*, tantôt liés aux modifications du sentiment, tantôt liés aux désordres de l'intelligence, hormis les cas d'automatisme et d'arrêt déjà mentionnés.

Tels sont les troubles psychiques élémentaires. Diversement associés, avec prédominance tantôt des uns, tantôt des autres, ils entrent dans la composition des tableaux cliniques les plus variés

qu'il soit possible à l'aliéniste d'observer. Pour être complet il faut leur adjoindre les désordres qui peuvent survenir dans les centres où s'accumulent les images *sensorielles* et d'où dépendraient exclusivement, suivant certains auteurs, quelques formes mentales.

Les idées doctrinales relatives à la folie reposèrent pendant longtemps, d'une manière presque exclusive, sur les différents modes d'agencement et de succession de ces éléments simples dont nous venons de parler. C'est une période de psychologie pure qui précède les découvertes plus modernes basées plus spécialement sur la clinique. Jusqu'au commencement du siècle, règne une conception univoque de la folie. Celle-ci est essentiellement constituée par des troubles du sentiment ; c'est un désordre général de l'entendement dont la base repose sur des troubles de l'affectivité, de l'humeur. On emploie pour la désigner le terme général de *mélancolie*, dernier vestige des idées humorales qui régnaient dans les derniers siècles : on sait que la signification de ce terme a changé depuis et ne s'applique plus qu'à certaines formes tristes.

Au commencement du siècle jusqu'à Esquirol, les troubles délirants commencent à acquérir une importance plus grande, mais on admet encore que

la folie intellectuelle a toujours pour base un trouble affectif, qu'elle débute toujours par un stade maniaque ou par un stade mélancolique, enfin que les troubles du sentiment sont *primordiaux* et les troubles de l'intelligence *secondaires*.

Ce fut la doctrine de *Griesinger*.

Vers 1835, commence une autre période, marquée par une analyse plus détaillée du malade. Cette analyse se traduit par des classifications où l'élément symptôme domine. On formule une distinction déjà entrevue, mais à peine esquissée, par P. Zacchias et Boerhaave au XVIIIe siècle entre la *folie générale* et la *folie partielle*; *Esquirol* crée ses *monomanies*; *Ferrus* décrit les *délires partiels*; l'un et l'autre proclament l'existence de troubles partiels de l'entendement, de troubles délirants proprement dits, dégagés de toute influence affective primordiale. Deux grands groupes de formes mentales sont alors reconnus: dans l'un la perturbation des fonctions psychiques est générale, dans l'autre l'entendement ne semble atteint que dans l'une de ses parties; les autres restent saines, parfois même le malade conserve sa lucidité.

Cette analyse minutieuse était un grand progrès. Selon Esquirol, la monomanie pouvait affecter les différentes parties composantes de l'unité psy-

chique et il admettait par suite : 1° la *monomanie intellectuelle* constituée par des conceptions fausses, bizarres, des illusions et des hallucinations, c'étaient les délires proprement dits ; 2° la *monomanie affective* qui correspond à peu près à la manie raisonnante des modernes ; 3° la *monomanie instinctive* dans laquelle la volonté est lésée ; les actions apparaissent impulsives, involontaires, irrésistibles. Calmeil ajouta une quatrième variété de monomanie qu'il faut mentionner, car, on la verra reproduite plus tard, en Allemagne surtout, sous une autre appellation, c'est la *monomanie sensorielle* ou à base d'hallucinations.

Ainsi deux périodes se sont succédé jusqu'ici dans l'évolution des idées doctrinales. Dans la première on pense que la folie intellectuelle succède toujours à une phase de désordres affectifs ; dans la seconde on admet que la folie intellectuelle peut exister primitivement. C'est là le rudiment de la doctrine des *folies primaires*, de la *paranoïa* qui acquerra plus tard un développement considérable, à l'étranger surtout.

Si la découverte des monomanies et des délires partiels réalisait une analyse plus judicieuse des psychopathies, elle ne faisait guère progresser nos connaissances sur la nature même de ces états

morbides. Elle consacrait du reste des erreurs qui se sont répercutées jusqu'à nos jours dans les classifications. La multiplicité même de ces dernières atteste de l'insuffisance de la doctrine d'Esquirol qui confondait sous une même dénomination les états les plus divers. On sait ce qu'il en advint peu à peu.

1° La constatation fréquente de plusieurs monomanies, soit affectives, soit intellectuelles, soit instinctives, évoluant simultanément ou successivement chez le même malade, constatation qui conduisait à admettre une coexistence chez le même sujet d'un nombre variable d'affections de même nature ; 2° la confusion dans un même groupe d'états purement affectifs, de perturbations simples des sentiments avec persistance de la lucidité de la conscience, et d'états délirants proprement dits avec disparition de la conscience ; 3° la connaissance plus précise que l'on acquit peu à peu de la marche et du substratum anatomique des affections mentales; 4° la recherche des éléments étiologiques qui présidaient à leur éclosion ; 5° l'inanité de la conception d'une lésion isolée de l'entendement sans participation des autres parties, erreur sur laquelle Falret père et Griesinger insistèrent des premiers ; 6° enfin et

surtout la connaissance plus approfondie du substratum mental ; — toutes ces causes devaient porter un coup à la doctrine des monomanies et amener forcément leur disjonction. On devait tout au moins en venir à grouper séparément les états affectifs ou instinctifs sans délire, sans désordres de l'idéation, et les états délirants vrais dans lesquels prédominent les troubles de l'intelligence proprement dite, quels que soient d'ailleurs l'origine, l'évolution et le pronostic de ces troubles.

Malgré l'énergie avec laquelle les contemporains d'Esquirol défendirent les monomanies (*Leuret*, *Broussais*, *Guislain*, *Marc*, *Georget*, etc.), les élèves du maître commencèrent à faire des coupures dans la doctrine tout en respectant son principe. Du démembrement des monomanies résulta la connaissance de plus en plus précise de formes mentales qui s'y étaient trouvées englobées. La paralysie générale, avec *Baillarger*, en absorba quelques-unes ; les folies intermittentes avec *Falret* et *Baillarger* (1854), l'épilepsie, l'hystérie, les aliénations toxiques, etc., puisèrent amplement dans les monomanies des éléments qui leur appartenaient et complétèrent ainsi leur cadre. Néanmoins malgré les modifications qu'elle subissait, la doctrine fut longtemps défendue

encore dans ses grandes lignes par *Parchappe*, *Renaudin*, *Baillarger*, *Calmeil*, *Trélat*, *Moreau de Tours*, et plus tard par *Marcé*, *Dagonet*, *Tardieu*, *Linas*, *Lasègue*, *Lunier*, etc. Mais ici nous empiétons sur une phase nouvelle de l'histoire de la psychiatrie dont nous allons maintenant dire quelques mots.

Les idées d'Esquirol dominent la psychiatrie jusqu'à Morel. Sa méthode en classification était une méthode symptomatique, ce fut son tort. Elle multipliait indéfiniment les entités morbides, confondant pêle-mêle les choses les plus différentes, et séparait les unes des autres, des psychoses de même essence. Ce n'était plus seulement un démembrement qu'il fallait introduire dans la doctrine; celui-là s'était fait petit à petit, on l'a vu, mais il laissait entier son principe. C'était une refonte même de la méthode.

C'est à Morel (1857) qu'il faut arriver pour trouver une tentative quelque peu fructueuse de groupement des maladies mentales. Il substitue à la méthode symptomatique une méthode étiologique et clinique qui devait faire faire à la nosographie mentale le pas le plus sérieux qu'elle ait fait depuis longtemps. L'analyse du fait clinique ne lui suffit plus; c'est pour Morel quelque

chose d'objectif qui laisse entièrement à connaître le côté subjectif du malade, resté jusque-là dans l'ombre. Le phénomène palpable est apprécié à sa juste valeur, mais le substratum mental est passé au crible. L'effet est relié à sa cause vraie. Morel comprend l'étiologie dans ce qu'elle a de plus large et non dans ce qui la restreint dans les limites des causes banales, plutôt occasionnelles qu'efficientes. Voilà l'innovation. Faisant la part de ce qui revient à la lésion matérielle, aux cérébropathies, aux aliénations toxiques, aux psychoses greffées sur une névrose, Morel porte un coup à peu près décisif aux monomanies en concevant les dégénérescences de l'espèce humaine et en décrivant ses aliénations héréditaires.

Bien que l'influence de l'hérédité sur le développement de la folie ait été notée depuis fort longtemps, peu de savants avant Prosper Lucas, Moreau de Tours et surtout Morel avaient songé à des transformations possibles de la folie dans les étapes successives de l'hérédité; personne n'avait conçu l'idée que d'une succession de cas de folie plus ou moins nombreux chez les ascendants pouvait naître chez les descendants une nouvelle forme d'état mental caractéristique en soi d'une tare vésanique

héréditaire et suffisante à la dévoiler à tout observateur prévenu.

Les faits d'hérédité n'étaient envisagés qu'au point de vue de la transmission plus ou moins directe de certaines habitudes, de certaines formes mentales déterminées ; seule, la transmission des états similaires était connue. On notait avec soin les conditions d'âge, de sexe, d'opportunité dans lesquelles s'opérait la transmission. C'est en vérité à Morel que revient le mérite d'avoir signalé la transformation des espèces par l'hérédité, phénomène pathologique en vertu duquel les descendants ne présentent plus au bout d'un certain nombre de générations les mêmes attributs que les ascendants, mais de nouveaux attributs physiques et intellectuels fixes, immuables, qui les différencient du type commun de l'espèce et qui en font de nouveaux êtres qu'il qualifie de *dégénérés*. Les héréditaires d'aliénés, de névropathes, de névrosés, ne tardent pas dans la succession des temps à présenter les attributs de la dégénérescence, et ils forment, à vrai dire, la catégorie la plus nombreuse des dégénérés. Cette conception prit une forme si lumineuse dans l'esprit de Morel, qu'il décrivit bientôt dans son traité des maladies mentales (1860) un nouveau

groupe de folie sous le nom d'*aliénations héréditaires*, groupe très vaste, le plus vaste même de sa classification. Morel eut-il une conception absolument complète des dégénérés héréditaires, l'œuvre colossale qu'il avait tenté d'édifier n'est-elle pas susceptible de critiques, c'est ce que la suite de ce travail aura pour but d'établir en grande partie. Disons pourtant de suite qu'à notre avis Morel détruisit une partie de son œuvre en créant sa folie hypochondriaque et surtout plus tard en concevant sa névrose théorique du sympathique, à laquelle il rattache les attributs qui nous paraissent les plus significatifs de l'influence dégénérative.

Quoiqu'il en soit l'influence des idées de Morel fut considérable en France et à l'étranger; des travaux nombreux s'accumulèrent sur la question de la folie héréditaire. On vit dès lors les savants, non encore convaincus de l'existence d'une tare dégénérative ou de l'existence d'une forme spéciale d'aliénation caractéristique de l'état de dégénérescence, attacher une attention beaucoup plus grande et accorder une valeur beaucoup plus notable au facteur hérédité dans la genèse des maladies mentales. Chaque chapitre de la psychiatrie comporta des considérations sur l'hérédité. On constata que la folie se développe souvent chez

les descendants d'aliénés, qu'elle se développe chez eux beaucoup plus commodément que chez d'autres, que souvent même la folie des descendants ne ressemble pas à celle des ascendants. Bref on commença partout à concevoir que la folie était une maladie de famille, qu'elle était une sorte de diathèse dont on devait retrouver la trace chez tous les participants d'une même origine; enfin, l'idée d'une influence progressivement dégradante exercée sur la résistance cérébrale par le fait d'une accumulation de tares successives ne devait pas être loin de s'acclimater dans la science mentale.

Si les idées d'Esquirol ont influencé tous les esprits jusque vers 1860, celles de Morel ont dominé la psychiatrie jusqu'à nos jours. Mais quelles qu'aient été les tentatives de ces deux novateurs, elles n'ont pas entraîné toutes les convictions. Esquirol avait établi l'existence des folies primitives; mais, bien qu'admettant leur existence, beaucoup d'auteurs, Falret père, Guislain et d'autres défendirent longtemps encore les idées vulgarisées surtout par Griesinger. On sait que celui-ci les abandonna plus tard spontanément; malgré cela, on en trouve encore des traces, bien que très atténuées, dans certaines classifications étrangères.

De même, la méthode de Morel n'a pas complètement détruit celle d'Esquirol. Si les termes de monomanie et de folie partielle ont, il est vrai, disparu peu à peu du vocabulaire spécial, nombre d'auteurs ont persisté, jusqu'à nos jours même, en basant leur classification uniquement sur les apparences symptomatiques des maladies, à décrire sous des appellations nouvelles de prétendues entités cliniques qui, au fond, ne sont que les monomanies d'autrefois. Lorsque *Lasègue*, en 1852 et plus tard, dépeignit de main de maître le délire des persécutions, dans lequel il englobait toutes les variétés de ce délire, quelles qu'en soient l'origine et l'évolution, il ne fit que de la symptomatologie. Et cette vaste psychose de Lasègue, variété de la lypémanie d'Esquirol, ne devait-elle pas se dissocier elle-même à la faveur d'une observation plus complète des malades? Lorsque *Ach. Foville* décrivit en 1871 la mégalomanie, c'est-à-dire la folie avec prédominance d'idées de grandeurs, groupe dans lequel il absorbait toutes sortes d'états très différents les uns des autres, ne fit-il pas ce que Lasègue avait fait pour le délire de persécution, c'est-à-dire de la séméiologie, un groupement nouveau, et sous une autre appellation, d'un certain nombre des monomanies d'Esquirol?

Lorsque Morel lui-même créa une entité sous le nom de *délire émotif*, en y englobant un certain nombre des monomanies affectives et instinctives d'Esquirol, n'était-ce pas une réédition des monomanies, malgré la tentative qu'il fit de rattacher cet état à une névrose du système ganglionnaire viscéral? Et, de nos jours, les auteurs qui, comme nous l'avons dit, caractérisent les psychoses par une appellation qui n'est que l'expression du groupe de symptômes prédominants, et décrivent un délire religieux, un délire érotique, un délire hypochondriaque, pensent-ils faire autre chose que des monomanies? Que nous apprennent ces auteurs sur ces formes mentales de plus qu'Esquirol avec ses monomanies? C'est de la description pure, c'est un changement d'étiquette, sans que la psychiatrie fasse pour cela un pas en avant.

Malgré la méthode rigoureusement scientifique en vertu de laquelle Morel enrichit la nosographie mentale de deux découvertes capitales, les états dégénératifs et les folies héréditaires, on voit qu'il existe encore, à l'heure présente, des dissidences. Le grand groupe morbide des dégénérés n'est pas admis par tout le monde. Une certaine confusion règne en ce qui regarde l'interprétation doctrinale à donner aux aliénations lucides et surtout aux

délires; autant d'états que les uns rattachent en partie à la dégénérescence mentale, et que les autres décrivent encore à part.

La constitution du groupe des dégénérés est l'objet des plus grands dissentiments. Nous tenterons dans le présent travail de donner à ce groupe ses limites vraies, en montrant la place qu'il doit occuper dans une classification. Nous montrerons, chemin faisant, les points faibles de la doctrine de Morel, tout en conservant son principe auquel nous nous rallions; nous la complèterons et nous la modifierons dans le détail. Notre exposé clinique doit être précédé d'un aperçu historique sur la doctrine des dégénérescences et des folies héréditaires depuis l'époque de Morel jusqu'à nos jours.

CHAPITRE I

LES ÉTATS DE DÉGÉNÉRESCENCE DEPUIS MOREL

SOMMAIRE. — 1° *Obsessions et impulsions.* — Trélat (folie lucide); Jousset, Morel (délire émotif); Falret (hypochondrie morale); Foville, Marcé, Dagonet (folie impulsive). — Discussion sur la folie avec conscience : Delasiauve (pseudo-monomanie); Billod (pseudo-aliénation). — Tendances vers un groupement synthétique : Foville, Magnan et l'école de l'Admission (les syndromes épisodiques de la folie des dégénérés). — 2° *Folie raisonnante et folie morale* : Falret, Campagne, Bigot, Legrand du Saulle, Krafft-Ebing, Maudsley, Savage, etc. — 3° *Conceptions d'ensemble sur les états dégénératifs et les folies héréditaires* : Moreau de Tours, Morel, Falret, Doutrebente, Cullerre, Magnan, etc. — 4° *Les délires* : folies primaires dégénératives. — Le délire de persécution : Lasègue. — La mégalomanie : Foville. — Les paranoïas ou folies primaires; leurs rapports avec les dégénérescences.

Depuis l'apparition du traité des dégénérescences (1857), les idées de Morel imprègnent, nous l'avons dit, presque tous les travaux de pathologie mentale, aussi bien à l'étranger qu'en France. Jetons un coup d'œil rétrospectif sur ceux d'entre eux qui vinrent peu à peu, soit confirmer, soit modifier, soit combattre la doctrine de ce maître. Nous comprendrons mieux l'état de la question des dégénérescences à l'heure où nous écrivons et la nécessité d'une entente basée sur une méthode exclusivement clinique de classification.

Les classifications actuelles, presque aussi nombreuses que les aliénistes, ont cependant certains points de contact. Toutes, ou presque toutes, font un groupe à part des formes simples de la folie, connues sous les noms de manie et de mélancolie, psychoses essentiellement basées sur des troubles affectifs. Toutes, ou presque toutes, séparent encore les formes intermittentes de la folie (folie à double forme, alterne, circulaire, etc.) et les psychoses toxiques. Toutes enfin sont d'accord pour isoler les cérébropathies ou affections cérébrales organiques. Le désaccord commence ou, pour mieux dire, continue lorsqu'il s'agit d'interpréter et de classer les aliénations sans délire et les délires proprement dits. Sous le terme d'aliénation sans délire, nous comprenons ici les obsessions et impulsions pathologiques, la folie raisonnante et la folie morale, trois états qui, pour nous, sont autant de stigmates de la dégénérescence. Sous celui de délire, nous entendons les aliénations qui naissent primitivement de l'intelligence; nous avons dit que les psychoses affectives n'étaient guère l'objet d'un dissentiment ; nous savons d'autre part que, des folies secondaires, il n'est presque plus question.

Les obsessions et impulsions conscientes, que nous synthétisons sous la rubrique *Syndromes de la folie des dégénérés*, ne sont qu'autant de monomanies jusqu'à l'époque de Morel, où l'on commence à mieux comprendre l'importance de l'hérédité. Dans son traité des

maladies mentales, Morel se sert encore du mot de monomanies pour les désigner, mais on les voit figurer, à titre d'éléments cliniques, dans son grand chapitre des aliénations héréditaires qui absorbe, d'ailleurs, l'immense majorité des vésanies. Il ne leur accorde pas d'autre importance.

Pour Trélat[1] (1861), qui s'en tient aux classifications de Pinel et d'Esquirol, les états de folie lucide sont encore autant de monomanies. Il reconnaît pourtant que les malades sont le plus souvent prédisposés héréditairement.

Jousset[2] fait, en 1865, une description très nette des impulsions morbides, dont il met en relief les caractères constants d'*irrésistibilité* et de *conscience*. Il s'arrête malheureusement à ce travail d'ébauche.

En 1866, Morel, frappé de l'air de ressemblance qui rapprochait un certain nombre d'obsessions et d'impulsions avec conscience, les extrait du cadre de ses aliénations héréditaires, les considère comme des troubles sympathiques liés à une névrose du système ganglionnaire viscéral. Il les décrit ensemble sous le titre de *délire émotif*. Ce fut une idée malheureuse qui dissociait son groupe des héréditaires, mais elle eut cela de bon pourtant, qu'elle fit ressortir un lien étroit de parenté entre des phénomènes morbides décrits

1. Trélat. La folie lucide étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société (Paris 1861).

2. Jousset. De la nature de l'aliénation et de la division naturelle de la folie en formes distinctes. *France médic.*, 1865.

jusque-là séparément. Cette tendance synthétique va s'accentuer désormais.

Sous le nom d'*hypochondrie morale* avec conscience de son état, Falret (1866) désigne un état mental de déséquilibration avec ou sans obsessions et impulsions[1]. Pour lui, cet état est fréquemment héréditaire et lié à d'autres maladies nerveuses; presque toujours, il s'accompagne de signes physiques tels qu'anesthésies et hyperesthésies, sensations douloureuses, symptômes d'hystérie et d'hypochondrie.

Ces mêmes impulsions conscientes sont considérées par Dagonet comme entités désignées en bloc sous le nom de *folie impulsive* (renouvelée de Ach. Foville et de Marcé). Il ajoute pourtant que les malades offrent une prédisposition héréditaire plus ou moins prononcée[2].

En 1869-1870 s'ouvrit à la Société médico-psychologique une discussion sur la folie avec conscience, discussion toute psychologique à laquelle prirent part Fournet, Delasiauve, Morel, Girard de Cailleux, Maury, Billod, Dally, etc. Morel fut à peu près le seul qui se préoccupa du substratum mental. Pour la plupart des autres, la folie avec conscience est une entité plus ou moins constituée. Pour Delasiauve, c'est une *pseudo-monomanie*, pour Billod une *pseudo-aliénation*, pour Morel c'est le *délire émotif*. Fournet n'y voit qu'une

1. Falret. Société médico-psychologique, séances de 1866.
2. Dagonet. Des impulsions dans la folie et de la folie impulsive. *Ann. méd. psychol.*, 1870.

tournure spéciale de l'esprit contre laquelle on peut toujours lutter grâce à une bonne éducation.

La tentative la plus intéressante de synthèse fut faite par Foville en 1872[1]. « La folie instinctive, dit-il, ou folie des actes, reconnaît pour cause capitale l'hérédité morbide. Il faut comprendre dans une *espèce unique* un grand nombre de prétendues espèces, que l'on avait, à une autre époque, multipliées outre mesure en les appelant dipsomanie, kleptomanie, pyromanie, érotomanie, manie homicide, suicide. Pour nous, loin de constituer autant d'entités morbides, de monomanies distinctes, les diverses variétés d'actes désordonnés auxquelles répondent toutes ces dénominations se rapportent toutes *à une même espèce maladive dont les modes d'expression peuvent être variés*, mais dont la nature, l'essence est unique et qui est si intimement liée à la condition du malade que l'on peut toujours en faire remonter le germe à la naissance, et qu'elle s'étend, au moins virtuellement, à la durée entière de son existence. » Il est à regretter qu'à une conception aussi vraie des états impulsifs Foville n'ait pas ajouté une égale conception des états délirants pour constituer dans sa classification le groupe clinique des dégénérés[2].

1. Foville. Nomenclature et classification des maladies mentales, in *Annales médico-psychologiques*, 1872.

2. Foville. Art. folie, *in* Dictionnaire, Jaccoud, et *Annales médico-psychologiques*, 1872.

En 1875, dans une nouvelle discussion sur les folies avec conscience, Falret insiste sur la notion d'hérédité qui domine dans ces états.

En 1876, dans une discussion sur l'agoraphobie, Falret se demande avec raison s'il ne faudrait pas rapprocher ce syndrome de la folie du doute ainsi que de toutes les terreurs impulsives. Il signale nettement l'existence d'autres obsessions et impulsions au cours de la vie des agoraphobes.

Enfin, depuis quinze ans, les travaux émanés du bureau d'admission de Sainte-Anne se sont attachés à identifier complètement les impulsions morbides les unes aux autres, de montrer qu'elles étaient toutes des phénomènes morbides de même nature; bien plus, qu'elles ne formaient qu'un des chapitres de l'histoire des dégénérés, autant de *syndromes épisodiques* d'un même état de défectuosité cérébrale[1].

Chemin faisant, en dehors de ces conceptions d'ensemble sur les folies lucides, on rencontre des descriptions isolées de syndromes impulsifs avec interprétations variées. La folie du doute est décrite à part : Falret[2] (1866), Griesinger[3] (1868), Legrand du Saulle

1. Magnan. Mémoires réunis dans les recherches sur les centres nerveux et Leçons cliniques sur les maladies mentales. — Legrain. Du délire chez les dégénérés, Paris 1886. — Garnier. La folie à Paris. — Sérieux. Recherches sur les anomalies de l'instinct sexuel, 1888, etc.

2. Falret. Folie du doute et délire du toucher. *Société médico-psychol.*, séances de 1866.

3. Griesinger. D'un état psychopathique peu connu, 1868.

(1875)[1]. Tamburini en fait l'expression d'un état de dystrophie cérébrale des dégénérés[2] (1883).

La *dipsomanie* est décrite comme psychose isolée ou comme aliénation rémittente ou périodique : Malherbe[3], Ritti[4], Krafft-Ebing.

Westphal[5] fait de l'agoraphobie une névrose épileptoïde bien plutôt qu'une psychose (1871). Bénédikt[6] (1870) en voit la cause probable dans un trouble de l'accommodation. Cordes (1872) en fait un symptôme fréquent dans les états de dépression et d'hyperesthésie centrale[7]. Pour Dagonet[8] c'est un état héréditaire.

En 1879, Ball fait de la *claustrophobie* une entité morbide; il n'en voit pas les attaches héréditaires[9].

Rousseau, en 1881, voit dans la *pyromanie* un état secondaire, mais il n'en distingue pas l'essence vraie, puisqu'il en fait un état sympathique de lésions diverses des organes génitaux[10].

1. Legrand du Saulle. La folie du doute avec délire du toucher. Paris 1875.

2. Tamburini. De la folie du doute avec délire du toucher. *Rivista speriment. di freniatria*, 1883.

3. Malherbe. Essai sur la dipsomanie. *Thèse de Paris*, 1865.

4. Ritti. Art. Dipsomanie, in *Dictionnaire encyclopédique*.

5. Westphal. De l'agoraphobie, in *Arch. für psych.*, 1871.

6. Bénédikt. De l'agoraphobie, in *allgemeïn. wien. med. Jahrb*, 1870.

7. Cordes. De l'agoraphobie, in *Arch. für psych.*, 1872.

8. Dagonet. Discussion sur l'agoraphobie, *Société médico-psychologique*, 1876.

9. Ball. De la claustrophobie, in *Annales médicales psych.*, 1879.

10. Rousseau. De la monomanie incendiaire, in *Annales médico-psychol.*, 1881.

Krafft-Ebing[1] décrit en 1881 l'inversion du sens génital; il en fait un signe fonctionnel de dégénérescence.

On voit par ces quelques citations que, malgré certaines dissidences, se dessine une tendance à considérer les impulsions avec conscience comme, des phénomènes de même nature, comme des états secondaires et symptomatiques de la tare dégénérative.

Les mêmes tendances se manifestent à l'égard de la folie raisonnante et de la folie morale. En ce qui concerne la nature de la folie raisonnante, l'opinion presque unanime de ceux qui l'ont approfondie est, ainsi qu'on va le voir, qu'elle appartient aux manifestations de la dégénérescence. Morel la comprend dans ses aliénations héréditaires.

Dans un discours important sur la matière, Falret fils (1866)[2] établit de nouveau après Falret père (1819), Henke (1822), Griesinger et Morel, qu'il n'y a pas de folie sans lésion de l'entendement tout entier. Il montre qu'on a confondu sous le nom de manie raisonnante des situations morbides très différentes. Le vrai fou raisonnant est un individu malade en tout temps. La folie raisonnante ne constitue ni une variété, ni une espèce morbide; elle se confond avec l'état mental lui-

1. Krafft-Ebing. De la sexualité contraire au point de vue clinique et légal, in *Allg. Zeitsch. für psych.*, 1881.

2. Falret. De la manie raisonnante. *Société médico-psychologique*, 1866.

même du malade; c'est une base pathologique sur laquelle viennent germer d'autres états morbides.

En 1868, Campagne[1] se montre dans son travail très partisan des dégénérescences. Pour lui les maniaques raisonnants sont des héréditaires. « La prédisposition. dit-il, est dans l'espèce, antérieure à la conception. » Les états qu'il passe en revue constituent pour lui des états extra-physiologiques, des malformations psychiques, des dégénérescences commençantes.

Brugnoni (1872) affirme que la folie lucide est presque toujours héréditaire ou congénitale[2]. Pour Bigot (1877)[3], il n'existe pas de manie raisonnante proprement dite, mais une folie raisonnante qui n'est qu'une période plus ou moins obscure d'autres formes mentales. Pourtant certains malades restent raisonnants très longtemps, même toute leur vie; ceux-ci sont des dégénérés.

Legrand du Saulle (1878)[4] montre que les raisonnants sont des héréditaires et qu'ils ont des signes physiques de la dégénérescence. Il soutient les opinions de Morel et de Campagne.

1. Campagne. De la manie raisonnante, 1868.

2. Brugnoni. De la folie lucide raisonnante ou morale des auteurs, in *Arch. ital. sept.*, 1872.

3. Bigot. Des périodes raisonnantes de l'aliénation mentale. Paris, 1877.

4. Legrand du Saulle. Les signes des folies raisonnantes, in *Gazette des hôpitaux*, 1878.

La folie morale qu'il est bon de séparer de la folie raisonnante au point de vue de la description, n'en est en réalité qu'une des formes. Depuis que Pritchard (1844) a attiré sur elle l'attention en décrivant sa *moral insanity*, elle a subi des interprétations diverses. Pourtant elle est assez généralement reconnue comme malformation congénitale.

Boileau de Castelnau (1860)[1] ne lui reconnaît pas une valeur morbide, c'est plutôt un vice d'éducation. Pour Krafft-Ebing (1871), c'est un état dégénératif[2]. Flemming (1874) ne la considère pas comme une forme clinique spéciale, mais comme un simple trouble mental dont le symptôme saillant est la perturbation du sens moral et de la vie des instincts[3]. Pour Maudsley (1876), c'est essentiellement une manifestation de la folie héréditaire. « Si l'enquête héréditaire est possible, dit-il, on trouve que les enfants appartiennent à des familles où dominent la folie ou le nervosisme plus ou moins ardent.... L'oblitération du sens moral est non seulement le premier signe de la dégénérescence de la race, mais il est encore le premier signe qui se manifeste dans la plupart des cas où la folie prend naissance dans la famille[4]. »

1. Boileau de Castelnau. Des maladies du sens moral, in *Annales méd. psych.*, 1860.

2. Krafft-Ebing. Folie morale, in *Friedreich's Blätter*, 1871.

3. Flemming. Folie morale, in *Correspond. Bl.*, 1874.

4. Maudsley. Crime et folie, *Anal. par Du Mesnil*, in *Annales méd. psych.*, 1876.

Dagonet (1877)[1] partage l'avis de Flemming et de Maudsley, à cela près qu'il ne fait de la folie morale qu'une étude séméiologique et qu'il prétend la retrouver dans beaucoup de formes mentales, confondant ainsi le syndrome essentiel qu'on a appelé folie morale et les troubles moraux très secondaires, qu'on rencontre au milieu des symptômes d'affections mentales diverses.

Savage (1881)[2] établit nettement cette distinction dont nous venons de parler. Pour lui la folie morale vraie, essentielle, est un vice héréditaire. Gasquet (1882) soutient la même thèse[3].

En Italie, Grilli (1881)[4] en fait une entité morbide autonome qui évolue au sein des dégénérescences d'ordre congénital. Todi[5] exprime plus clairement la même opinion. Il montre nettement la folie morale comme base d'état mental chez les prédisposés. « La constitution névropathique, dit-il, est le premier échelon des perturbations psychiques ultérieures, celles-ci peuvent être intellectuelles ou morales. » Après avoir décrit l'état mental du déséquilibré et la folie morale typique, il ajoute : « Ces anomalies congénitales ne font que se développer au cours ultérieur de la vie

1. Dagonet. Folie morale et folie intellectuelle, in *Annales méd. psych.*, 1877.

2. Savage. De la folie morale. *Journ. of. ment. sci.*, 1881.

3. Gasquet. De la folie morale, *Journ. of. ment. sci.*, 1882.

4. Grilli. Sulla pazzia morale, in *Arch. ital. per le malattie nervosi è alienazzioni mentali*, 1881.

5. Todi. *Id.*, 1881.

jusqu'au jour où, sur ces terrains ainsi préparés, se greffent des délires généraux ou partiels ».

Bini (1881)[1] comme Flemming, Dagonet et d'autres, n'en fait qu'un état symptomatique.

Ainsi, l'origine dégénérative de la folie raisonnante et de la folie morale s'affirme plus nettement que pour les aliénations lucides. Complétons maintenant ces quelques indications par l'exposé chronologique des idées relatives à la folie héréditaire en général et à la doctrine des dégénérescences.

Une des conceptions les plus vastes de l'état dégénératif appartient sans conteste à Moreau de Tours (1860)[2]. Il accorde aux influenees héréditaires un rôle prépondérant dans la genèse de la folie, de l'imbécillité, de l'idiotie, etc. L'état qu'on appelle en pathologie prédisposition est ce même état, dit-il, qu'il considère comme l'origine, le fait primordial et générateur des phénomènes d'idéogénie qui font l'objet de ses études, fait moitié physiologique, moitié psychologique dont la folie et l'idiotie, lorsqu'il s'agit du système nerveux, expriment le plus haut degré de développement. L'auteur étudie exactement les antécédents de famille des idiots, des fous, des épileptiques, puis il examine ces individus eux-mêmes à la fois dans leurs dispositions

1. Bini. Della pazzia morale in relazzione alle esigenze sociali ed umanitarie, in *Arch. ital. per le malattie nervosi è alienazzioni mentali*, 1881.

2. Moreau de Tours. La psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire. Paris 1860.

physiques et morales pendant la période de temps qui précède le début de leur affection et nous montre qu'à tous les égards ces catégories différentes de malades offrent entre eux de nombreux points de ressemblance et presque d'identité. C'est l'esquisse de la famille névropathique que Féré décrira plus tard. Il décrit l'état mental du déséquilibré. Pour lui, toutes ces variétés de troubles physiques, intellectuels et moraux, folie, idiotie, épilepsie, tiennent à un principe commun et déterminant. Il décrit encore l'état mental de ces déséquilibrés qui présentent, avec des apparences de raison, des anomalies tantôt intellectuelles, tantôt morales, tantôt instinctives, ces êtres qu'il appelle des « métis intellectuels », des « mulâtres de l'intelligence ». Le tout est rapporté à une influence organique héréditaire. L'ivrognerie elle-même est chemin faisant considérée comme une tare de famille.

La même année Buchez, Falret (discussion sur les classifications à la société médico-psychologique), se déclarent partisans des folies héréditaires comme les a conçues Morel.

En 1861, Berthier affirme que la folie ne se déclare qu'après une prédisposition soit héréditaire, soit acquise. Hugh-Graniger Steward (1864)[1] étudie complètement la folie héréditaire et admet les types de Morel. En 1869,

1. Hugh Graniger Steward. De la folie héréditaire, in *Journ. of ment. sc.*, *trad.* par Du Mesnil, in *Ann. med. psych.*, 1864.

dans un excellent travail, Krafft-Ebing[1] accorde aux influences héréditaires leur véritable valeur pathogénique. C'est l'ébauche des idées qu'il reproduira plus tard dans sa classification. « L'hérédité agit suivant les cas, dit-il, avec une puissance fort inégale; ici elle se borne à créer une plus grande vulnérabilité de l'organisme, une résistance moindre aux influences morbides (prédisposition héréditaire simple); là elle se fait sentir, *ab ovo*, sur l'organisation cérébrale pour y déterminer un développement pathologique graduel (hérédité constitutionnelle), de sorte que la folie apparaît comme le dernier terme de la chaîne psychopathique. »

Doutrebente (1869)[2] conclut à l'existence d'une folie héréditaire spéciale due à l'accumulation de l'hérédité et à ses transformations.

Erlenmeyer fils (1870)[3], Bachelez (1871)[4], font les mêmes constatations. Wohlrab (1872) admet que les maladies mentales héréditaires sont les plus nombreuses. Elles s'accompagnent ou non de signes de dégénérescence. Il décrit les stigmates physiques, qui d'ailleurs ne sont pas constants et dont l'absence n'infirme pas l'idée d'une dégénérescence. Dans ce cas, la folie elle-même en constitue le seul stigmate.

Legrand du Saulle (1873 et 1876), Falret (1876),

1. Krafft-Ebing. Sur la signification pronostique de la prédisposition héréditaire, in *Allg. Zeitsch. für Psych.*, 1869.

2. Doutrebente, in *Ann. med. psych.*, 1869.

3. Erlenmeyer fils, in *Corresp. Bl.*, 1870.

4. Bachelez. Étude sur une variété particulière de la folie héréditaire, *Th. de Paris*, 1870.

insistent de nouveau sur les caractères des folies héréditaires et sur leurs stigmates physiques dont l'importance peut être considérable au point de vue médico-légal.

Cullerre (1884)[1] montre que le facteur le plus important des dégénérescences est l'hérédité morbide. Les autres facteurs ne font que la renforcer.

Depuis 1880 enfin, l'école de l'admission de Sainte-Anne a attaché tous ses efforts à la délimitation définitive du groupe morbide des dégénérés.

C'est l'exposé de ses idées qui fera l'objet des chapitres suivants. En 1885, à la suite d'un travail sur les perversions sexuelles présenté par l'un de nous à la Société médico-psychologique, s'ouvre une longue discussion sur la folie héréditaire. De nombreux orateurs prirent la parole. Tous ou presque tous admettent l'existence des folies héréditaires, sans être pourtant d'accord sur les types morbides à y introduire. Un gros point de dissidence paraît surtout avoir reposé sur la confusion établie entre les termes folie héréditaire et folie des dégénérés. Bien des discussions eussent été évitées, bien des malentendus eussent été dissipés depuis longtemps si Morel lui-même avait pris soin de substituer le terme de dégénérés à celui d'héréditaire dans sa classification. C'est d'ailleurs à propos de l'interprétation à donner aux délires que les opinions les plus contradictoires ont vu le jour. A cet égard, il

1. CULLERRE. Des dégénérescences psycho-cérébrales dans les milieux ruraux, *Ann. med. psych.*, 1884.

existe encore à l'heure actuelle une certaine confusion.

Jetons un coup d'œil en arrière, à propos des délires, comme nous l'avons fait à propos des aliénations lucides, de la manie raisonnante et de la folie morale; nous verrons mieux ainsi quelle est la situation réciproque des délires vésaniques et de la doctrine des dégénérescences. Nous serons très brefs pour cette partie de notre historique, nous réservant d'étudier plus longuement la question dans un travail destiné spécialement à l'étude des psychoses dégénératives.

Pour Esquirol et Ferrus, on l'a vu, les folies primaires furent plus ou moins toutes des monomanies ou des délires partiels. Lasègue fit en 1852 un premier effort pour grouper ensemble toutes les monomanies dans lesquelles prédominait l'idée de persécution. Il vit même que, dans certains cas, le persécuté se transformait en mégalomane, mais il n'eut garde de mettre à part ces persécutés qui restèrent confondus avec ceux qui tantôt guérissent, tantôt tombent dans la démence, tantôt abandonnent leurs idées de persécution pour verser dans une autre forme délirante que la mégalomanie. Il ne vit que les manifestations extérieures du mal, sans se préoccuper du substratum mental. Chemin faisant, les autres délires primaires restaient ce qu'ils avaient été jusqu'alors, autant d'entités morbides étiquetées d'après le contenu des idées délirantes.

Lorsque Morel imagina ses aliénations héréditaires, toutes les vésanies y trouvèrent leur place à l'exception d'une seule, le délire de persécution, qu'il fit procéder d'une transformation de sa névrose hypochondriaque. Lui aussi observe que certains persécutés peuvent devenir mégalomanes, mais il ne voit pas combien diffère, quand ce ne serait que cliniquement, celui qui devient mégalomane par la progression même de sa maladie, par une transformation syllogistique de ses idées délirantes, de celui chez qui la mégalomanie est absolument fortuite. On n'expliquera jamais comment ce grand clinicien n'aperçut pas chez ses derniers les indices de la dégénérescence qu'il avait lui-même tant contribué à faire connaître. A cela près, qu'il fit de son délire de persécution une folie sympathique comme sa folie hypochondriaque, d'où dérivait d'ailleurs, pour lui, ce délire, Morel ne fit que rééditer les idées de Lasègue. Quant aux autres vésanies, toutes celles qui n'étaient pas dérivées d'une névrose, hystérique, épileptique ou hypochondriaque, furent pour cet auteur autant d'aliénations héréditaires.

Foville fit en 1871 pour les mégalomanies ce que firent Lasègue et Morel pour les délires à base d'idées de persécution. Ce fut une autre tentative de synthèse. Mais cette seconde tentative n'aboutit, comme la première, qu'à une étude remarquable de séméiologie. Dans ses mégalomanes, Foville devait bien rencontrer à son tour d'anciens persécutés, ceux-là même que

Lasègue et Morel avaient décrits, mais il plaçait en même temps, sur le même plan et dans le même cadre, au lieu d'en faire une description parallèle et comparative, des mégalomanes qui n'avaient jamais été persécutés, des mégalomanes qui guérissaient ou qui, un jour, abandonnaient leurs idées de grandeur pour caresser une autre chimère. Il ne vit pas que les uns et les autres différaient comme les persécutés qui deviennent fatalement mégalomanes, diffèrent par essence des autres persécutés.

On peut dire qu'en France, depuis Lasègue, Morel et Foville, les opinions relatives à la nature des folies primaires se ramènent à quatre :

1° Pour les uns, elles restent autant de monomanies, autant d'entités morbides; ce sont les derniers vestiges, de plus en plus rares, de la doctrine d'Esquirol :

2° Pour les autres, qui continuent l'œuvre de Morel, elles sont toutes des états dégénératifs. Le délire de persécution n'en fait pas partie puisqu'il est une folie hypochondriaque transformée, c'est-à-dire une folie névrosique, au dire de Morel;

3° D'autres, admettant les folies dégénératives et repoussant l'idée d'hypochondrie-névrose, décrivent à part un délire de persécution, type Lasègue, comportant les critiques que nous avons fait ressortir;

4° D'autres enfin ramènent les folies primaires à

deux types : l'un comprend une aliénation essentiellement évolutive : systématique, à plusieurs périodes régulières, dont les deux principales, se succèdant toujours dans le même ordre, sont : une période de délire par persécutions, une période d'idées ambitieuses. L'une et l'autre de ces périodes comprennent une des variétés de persécutés et de mégalomanes déjà entrevues par Lasègue et Foville, à l'exclusion de toutes les autres. Cette psychose a cela de caractéristique qu'elle se développe sur un terrain cérébral non primordialement défectueux. — Le second type comprend toutes les autres folies primaires qui ont cela de caractéristique qu'elles se développent sur un terrain primordialement défectueux : ce sont les folies dégénératives.

Cette dernière opinion est celle qu'a défendue depuis de longues années l'école de l'admission.

A l'étranger, en Allemagne surtout, où les idées de Lasègue et de Morel ont fait sentir leur influence, les opinions relatives à la folie primaire ont subi une évolution à peu près analogue.

Nous avons signalé l'origine des folies primaires dans la doctrine même d'Esquirol. L influence du maître français fit naître à l'étranger l'idée des folies primaires. Ces états psychopathiques ou *paranoïas*, ainsi qu'on les appelle aujourd'hui, ont subi des fortunes diverses, que nous indiquerons ailleurs. Disons seulement ici que jusqu'à Westphal (1876) on ne con-

nut guère que les formes chroniques de la paranoïa. Depuis cette époque on a décrit, comme en France, des paranoïas aiguës et chroniques. Leur signification et leur nature ont été, comme chez nous, l'objet des controverses les plus animées. A l'heure actuelle les opinions régnantes sont, à peu de chose près, les mêmes que celles que nous avons énumérées. Il faut pourtant en ajouter une autre, celle que Krafft-Ebing exprime dans la 4e édition de son traité, celle qui est adoptée, dans beaucoup d'autres pays étrangers, en Italie principalement. Cette opinion est la suivante : Toutes *les folies primaires sont des états dégénératifs*. Krafft-Ebing et ses partisans englobent donc dans le cadre des dégénérescences non seulement toutes les folies dégénératives que nous admettons nous-mêmes, mais encore le délire de persécution, qu'ils décrivent comme Lasègue l'a décrit lui-même.

Tels sont les rapports qui existent présentement entre les délires et la doctrine des dégénérescences. On voit par là combien les opinions sont multiples. Dans l'essai de classification que nous ferons plus loin, nous tenterons de les concilier et de déterminer parmi les états délirants la part de ceux qui cliniquement doivent trouver place au sein des états dégénératifs.

En résumé, si depuis trente ans il est question des dégénérescences; si, peu à peu, les états dégénératifs ont joué un rôle de plus en plus important dans les doctrines psychiatriques, il s'en faut que leur cadre

soit nettement circonscrit pour tous les aliénistes, et qu'il existe à leur égard une conception uniforme. L'œuvre de Morel était incomplète, on l'a vu. S'il eut une conception géniale des dégénérescences, il a moins bien vu cliniquement les dégénérés. Son délire émotif et sa folie hypochondriaque vinrent se jeter à la traverse des progrès que sa méthode d'analyse et de synthèse devait faire faire à la nosographie mentale. Son erreur laissa subsister une confusion dans les esprits, confusion qui règne encore sur bien des points et qu'il importe de dissiper en comblant les lacunes de son œuvre magistrale.

CHAPITRE II

PLACE DES DÉGÉNÉRÉS DANS UNE CLASSIFICATION. CLASSIFICATION DES ÉTATS PSYCHOPATHIQUES.

SOMMAIRE. — Critique des méthodes en classification; symptomatologie; étiologie; anatomie pathologique; méthode rationnelle. — Inanité d'une classification unilatérale; méthode mixte. — Importance considérable du facteur prédisposition (héréditaire ou acquise) dans le classement des psychoses. — Aliénations survenant accidentellement chez l'individu normal. — Aliénations survenant chez le prédisposé. — Les prédisposés simples; les prédisposés maximum ou dégénérés. — Parallèle des caractères morbides des prédisposés simples et des dégénérés. — Subdivision des états dégénératifs (état mental, syndromes, délires). — Tableau du classement des psychoses et des cérébropathies.

Nous avons à déterminer maintenant la place que doivent occuper les états dégénératifs parmi les maladies mentales. Cette place se dessinera d'elle-même quand nous aurons indiqué les grandes lignes de notre classification et défini les bases sur lesquelles doit reposer, à l'heure présente, un groupement rationnel des états psychopathiques.

Tour à tour les classifications en psychiatrie ont été basées sur des considérations psychologiques et cliniques, sur la symptomatologie, l'étiologie et la pathogénie, sur l'évolution, sur l'anatomie pathologique etc.

Les partisans de la méthode *symptomatique* tombent forcément dans la même erreur qu'Esquirol, décrivent autant de genre de folies, autant d'entités que de symptômes ou de syndromes et confondent dans un même groupe les choses les plus disparates, des états qui n'ont entre eux de comparable que l'apparence. Se servir de l'élément symptôme, des caractères extérieurs d'une maladie, comme terme de distinction, c'est bâtir sur le sable; car rien n'est plus variable que les aspects extérieurs d'une même maladie; rien n'est plus commun également qu'un même aspect extérieur revêtu par deux maladies différentes. Décrire un délire hallucinatoire ou une mégalomanie c'est faire de la séméiologie pure, qui ne nous apprend rien et qui peut même nous induire en erreur au point de vue du pronostic et du traitement.

Les partisans de la méthode *étiologique* exclusive aboutissent à la même confusion par une voie différente. Pour adapter à leur classification toutes les espèces morbides, force leur est souvent de tenir un grand compte des moments étiologiques les plus insignifiants et les plus douteux. Ne sait-on pas qu'en psychiatrie les mêmes causes paraissent présider à la genèse des affections les plus différentes et qu'inversement on peut toujours, à l'actif d'une seule maladie, relever une multiplicité d'éléments étiologiques dont le nombre même annihile la valeur. Bien plus, ne voit-on pas souvent les mêmes causes produire des effets différents? Cette doc-

trine est le triomphe du *post hoc, ergo propter hoc*, raisonnement vicieux qui a engendré tant d'erreurs en psychiatrie; nous ne citerons que les folies *diathésiques*, *sympathiques*, *puerpérales*, *cardiaques*, *brightiques*, etc.

Les partisans de la méthode *anatomo-pathologique* exclusive se sont heurtés à d'autres difficultés. En dehors des cas certains où l'état morbide repose exactement sur une lésion invariable (cérébropathies), aucune des affections mentales essentielles, dites *sine materiâ*, celles même dont la délimitation clinique est à peu près unanimement reconnue, ne possède encore son substratum anatomique. Les troubles congestifs, anémiques, vaso-moteurs, qui jouent un si grand rôle dans les livres allemands, outre qu'ils sont bien plus souvent effets que causes, ne sont jamais que des troubles fonctionnels dont la cause anatomique resterait elle-même à définir. Si, à chaque lésion trouvée sur le cadavre, il était même toujours possible de rattacher un groupe de symptômes nettement déterminé et constamment le même, un grand progrès se trouverait réalisé; mais les lois qui régissent la physiologie normale et pathologique du cerveau n'ont pas encore permis une semblable conclusion. Les tentatives faites jusqu'à ce jour n'ont abouti qu'à des conceptions étranges, comme celle qui tiendrait à rattacher à une lésion du lobule paracentral tous les cas de folie à base d'hallucinations.

Quelle variété innombrable d'états aussi différents que possible les uns des autres faudrait-il agglomérer entre eux, s'ils étaient uniformément rattachés à cette lésion hypothétique du paracentral! La confusion serait telle que, pour faire la lumière au sein de ce nouveau groupe, il faudrait y introduire de nouveaux éléments de différenciation puisés à une autre source que l'anatomie pathologique. Le même reproche peut être adressé aux auteurs pour lesquels l'anémie et la congestion, phénomènes si difficiles à apprécier et si protéiformes, donnent la formule exacte des lésions de la folie.

On peut bien dire que, même en ce qui concerne les cérébropathies, la méthode anatomo-pathologique n'a pas encore produit de bien notables résultats, au point de vue des classifications. Ici le rapport de cause à effet entre les lésions et les troubles est flagrant, mais est-il bien fructueux de se servir de cette constatation comme base d'une classification? Tout d'abord l'entente est-elle faite entre les anatomistes sur les lésions mêmes des cérébropathies? Ne sait-on pas, par exemple, que la sclérose interstitielle diffuse du cerveau, admise généralement comme cause de la paralysie générale, est repoussée par quelques-uns et remplacée par des lésions parenchymateuses. Ensuite, si une lésion matérielle bien localisée est suffisante pour nous donner parfois l'explication de certains syndromes, par exemple : l'affaiblissement de l'intelligence et la démence; si nous

pouvons presque à loisir assister à l'égrènement de toutes les facultés, au fur et à mesure des progrès d'une lésion, ou rattacher la disparition de telle fonction à la disparition de tel centre; si même cette méthode a fait faire à la physiologie cérébrale un énorme progrès, qu'advient-il lorsque les phénomènes cérébraux se compliquent de troubles délirants proprement dits, lorsque, par exemple, un circonscrit syphilitique ou un ramolli se présentent non seulement affaiblis dans leurs facultés, mais maniaques ambitieux, ou mélancoliques suicides? L'anatomie pathologique n'est-elle pas ici impuissante à nous donner la clef de ces désordres surajoutés? Et le clinicien qui les mettrait sur le compte de la lésion circonscrite ne commettrait-il pas une grossière erreur? Ne pressent-on pas qu'ici la lésion a bien produit son effet propre, la démence, mais qu'elle a été en même temps cause provocatrice d'un trouble dont la cause vraie préexiste le plus souvent à la lésion elle-même? L'intervention d'un double élément de classification ne s'impose-t-elle pas ici?

Si la classification anatomo-pathologique est un idéal duquel il faut tenter de se rapprocher en général, à vrai dire elle ne sera jamais, en psychiatrie du moins, exclusive des autres éléments de détermination.

Pour ce qui concerne les psychoses proprement dites d'ailleurs, les affections mentales considérées jusqu'à ce jour comme *sine materia*, croit-on qu'on puisse attendre grand'chose de l'anatomie pathologique? Bien qu'il soit

toujours vain de raisonner *a priori*, rien ne répugne à la pensée de ne voir dans la folie proprement dite que des anomalies fonctionnelles, *dynamiques*, des déviations dans les processus normaux des sentiments, de la pensée, puisant leurs origines dans une structure spéciale de l'encéphale, laquelle n'est elle-même que la résultante d'une foule de transformations héréditaires, transformations opérées successivement, dans le cours des âges, sous l'influence de myriades de causes, pathologiques ou autres. On connaît aujourd'hui très bien la famille névropathique, le prédisposé cérébral n'est pas un mythe; la plupart des aliénés, tout au moins les vésaniques, sont primitivement des prédisposés. Or, s'ils sont porteurs de lésions, ne sont-ce pas autre chose que des *lésions d'ensemble, une façon de groupement architectural des éléments cérébraux*, dont le fonctionnement dépend de cet agencement. Mécanisme faussé ou imparfait, fonction irrégulière ou déviée. Cette opinion est en partie celle de Morel lui-même : « Pour moi, dit-il, j'en suis arrivé depuis longtemps à cette donnée, que, puisque les aberrations étranges des sentiments et des actes, les délires systématisés, les manifestations des tendances instinctives les plus mauvaises, aussi bien que la faiblesse intellectuelle congénitale, ne se révélaient pas à l'autopsie par des lésions cérébrales que l'on rencontre dans d'autres variétés des maladies mentales, il fallait tenir un compte sérieux de certains vices de structure des organes intérieurs que

l'on rencontre dans les folies héréditaires. Ces anomalies ou vices de structure intérieure sont d'autant plus apparents que les individus sont placés plus bas dans l'échelle des dégénérescences. »

Mais, ce sont là, dira-t-on, des lésions ! Soit ; ces lésions impalpables, souvent indéfinissables, cette viciation originelle de la machine tout entière pourra-t-elle servir de base à une classification ? C'est ce qu'il est difficile de concevoir. Une conception de ce genre nous donnera-t-elle la clef de la systématisation d'un délire ? Nous dira-t-elle pourquoi un intermittent reste sain, dépose sa lésion dans l'intervalle des accès ? Pensera-t-on que cette lésion elle-même est intermittente ? Mais alors la folie intermittente n'est plus une maladie simple ; elle est un composé d'un nombre indéterminé de maladies. Apprendrons-nous pourquoi l'un devient ambitieux, pourquoi l'autre est érotique, pourquoi celui-ci ne peut se déterminer à toucher les objets pointus, pourquoi celui-là est poussé malgré lui à se tuer, pourquoi un tel reste conscient et capable de diriger certains actes, malgré ses impulsions morbides, pourquoi tel autre devient inconscient et ajoute foi à ses idées délirantes ? N'y a-t-il pas là des éléments d'une complexité telle qu'ils ne peuvent évidemment répondre à une simple lésion, mais bien à un délabrement foncier de l'organe cérébral tout entier ! Nous pensons qu'une tentative de classement des psychoses pures d'après l'anatomie pathologique exclusivement est

une conception irréalisable, pour le moment du moins.

Certes, dans ces circonstances même, les considérations anatomo-pathologiques peuvent rendre de grands services et compter au nombre des facteurs de classification, mais les lésions palpables ne sont constituées, ne l'oublions pas, que le jour où les transmissions pathologiques héréditaires ont achevé leur œuvre, le jour où le dernier issu de toute une série de prédisposés cérébraux est devenu cette nouvelle personnalité qu'on a qualifiée de dégénérée. Encore est-il qu'ici les lésions ne sont que des lésions d'ensemble, propres à faire mettre à part celui qui en est porteur, mais incapables de nous donner la raison d'une différenciation entre les troubles délirants, entre les multiples anomalies fonctionnelles que la clinique permettra de relever à son actif.

L'anatomie pathologique seule ne nous paraît pas finalement pouvoir servir de base à une bonne classification. Est-on bien avancé, d'ailleurs, à un point de vue pratique, quand on connaît la lésion d'une maladie? La cause même de cette lésion, et par suite de la maladie, reste une inconnue à dégager, et la connaissance de cette cause n'est-elle pas bien plus utile? S'il est précieux pour nous de savoir qu'à la sclérose du cerveau il est de notre devoir d'opposer les agents destructeurs du processus scléreux, n'est-il pas plus utile de savoir que ce même processus est engendré par des causes déterminées telles que l'alcoolisme ou la syphi-

lis? Si la connaissance des lésions des plaques de Payer dans la fièvre typhoïde fût intéressante, celle du bacille d'Eberth ne fût-elle pas autrement fructueuse? Songerait-on à trouver une place pour la fièvre typhoïde dans le cadre nosologique en se servant de la seule lésion? La notion causale, au contraire, la lui a désignée d'une manière définitive. Si un facteur en classification peut être considéré comme supérieur, quoique bien incomplet encore, à l'anatomie pathologique, assurément c'est l'étiologie, comprise dans le sens le plus large. Rattacher un mal déterminé à sa cause vraie est le premier but à atteindre si l'on veut être conduit à la conception d'un traitement rationnel : *Sublata causa, tollitur effectus*.

A la vérité, il nous semble qu'une classification parfaite devrait être à la fois étiologique et anatomique. On ne saurait comprendre évidemment sous ce mot d'étiologie, est-il besoin de l'ajouter, la série des causes banales invoquées journellement ; on ne peut désigner ici que les causes efficientes vraies, celles qui sont reliées à leur effet par un lien évident, indéniable, comme l'est l'alcool pour la folie alcoolique. Que si les partisans à outrance d'une doctrine unitaire en classification ne consentaient pas à admettre cette dualité élémentaire que nous préconisons, ne pourrait-on leur répondre, à la rigueur, que l'anatomie pathologique et l'étiologie comme facteurs de classification se touchent en somme de bien près et que, ramener un état morbide

à sa cause anatomique, ce n'est faire en vérité que de l'étiologie.

Il est donc vain de ne recourir qu'à un seul élément de classification. Nous en trouvons une dernière preuve dans ce fait que pas un aliéniste, si convaincu qu'il soit de l'unité de sa méthode en classification, n'a pu, dans la pratique, lui rester fidèle. Les anatomo-pathologistes admettent une folie épileptique et une folie hystérique et deviennent du même coup étiologistes ; les étiologistes groupent à part la paralysie générale et font de l'anatomie pathologique ; les symptomatologistes ne peuvent bannir de leur classification la paralysie générale, les folies intermittentes, la folie épi leptique et deviennent simultanément évolutionnistes et étiologistes.

Mais si les classifications exclusives sont impraticables, il est bon maintenant pour appuyer notre thèse de classification mixte de rappeler qu'un certain nombre de groupes morbides doivent être classés différemment et qu'ils sont irréductibles entre eux ; d'établir que certaines formes mentales doivent être classées d'après leur cause, telles que les folies toxiques, d'autres d'après leur lésion, telles les démences organiques, d'autres d'après leur évolution absolument typique en toutes circonstances, tel le délire chronique à évolution systématique et progressive ; d'autres encore d'après leur marche, telles les folies intermittentes, etc.

Si, en effet, la folie alcoolique est détachée de sa cause et décrite sous le nom de délire hallucinatoire, on détruit une entité incontestée pour lui substituer un complexus symptomatique. Si les démences organiques sont détachées de la lésion matérielle qui les engendre directement, on dissocie un groupe qui se caractérise cliniquement par des symptômes invariables dans tous les cas, à savoir, l'affaiblissement progressif des facultés. Si l'idée d'évolution ne préside plus à la circonscription du groupe des psychoses à évolution systématique et progressive, on perd de vue le seul caractère qui soit capable de séparer ces états de toutes les autres vésanies. On en peut dire autant des folies intermittentes. Est-ce l'élément causal, est-ce l'élément anatomique, est-ce le contenu des idées délirantes qui peuvent donner une idée juste de ces états ? Non assurément. N'est-il pas hors de doute, alors, que de nombreux éléments doivent concourir à la formation des groupes nosologiques? Et s'il est possible, à la rigueur, de n'utiliser que les facteurs anatomique et étiologique pour la division de la folie en groupes principaux, on ne saurait se soustraire, pour les subdivisions de ces groupes, à la nécessité d'utiliser les autres facteurs de classification, tels que la marche et l'évolution.

Donc, une classification doit être mixte pour répondre à tous les besoins. Cette base de classification a d'ailleurs été posée déjà implicitement par Morel qui, bien qu'attribuant justement à l'étiologie et surtout à la

prédisposition le plus grand rôle, ajoute pourtant : « Dans la pensée de classification qui m'anime, trois éléments sont nécessaires à la réalisation d'une forme particulière d'aliénation : la prédisposition, la cause occasionnelle, le trouble fonctionnel ou la lésion[1]. »

Tels sont les principes sur lesquels repose également notre propre classement, dont nous allons maintenant justifier les subdivisions.

Un point doit tout d'abord être établi : l'hérédité rayonne sur toute la pathologie mentale, c'est un point hors de contestation. C'est même en vertu de sa banalité que nombre d'auteurs ont cru bon de n'en pas tenir compte puisqu'elle est, pensent-ils, un fait commun à toutes les affections mentales, et se sont ingéniés à trouver ailleurs des éléments de classification. Et pourtant cette notion d'hérédité, lorsqu'on l'approfondit, cesse d'être banale. Bien appréciée, on la voit jeter une clarté lumineuse sur les questions les plus insolubles de la psychiatrie.

Le principe de la prédisposition héréditaire en aliénation est absolu ; chez tous les aliénés, en effet, du moins chez ceux atteints de psychose vraie, c'est-à-dire d'un trouble qui traduit au dehors une perturbation fonctionnelle, dynamique du cerveau, on retrouve, préalablement à l'apparition du mal, un terrain intel-

1. Traité des maladies mentales, page 250.

lectuel spécial. Sans cette notion de terrain omment comprendre que des milliers d'êtres soumis aux mêmes causes dissolvantes de la résistance cérébrale ne versent pas d'une manière égale dans la folie? Comment expliquer que dans des circonstances identiques, tel individu résistera, tel autre présentera une forme très légère de folie, le troisième une forme grave? Tout devient clair si l'on considère que les réactions individuelles varient à l'infini, et qu'à leur tour ces modes de réaction ne sont que la formule d'une prédisposition. C'est à elle qu'il faut revenir fatalement. Morel lui-même l'avait bien senti, car pour lui, en dehors des folies névrosiques, des folies sympathiques, et des folies idiopathiques, toutes les folies étaient des aliénations héréditaires. Il ne tente même pas d'isoler, comme ne se rattachant que de loin aux aliénations héréditaires, les deux formes élémentaires de la folie : la manie et la mélancolie que la plupart des psychiatres décrivent à part. Pour lui, ces psychoses sont éminemment symptomatiques, ce sont des apparences que peuvent revêtir tous les états de folie, aspects qui varient suivant la valeur et l'importance des moments étiologiques surajoutés. Cette opinion de Morel sur la folie est exposée nettement dans sa préface des dégénérescences. « Ma conviction actuelle, dit-il, est que les aliénés renfermés dans nos asiles ne sont, dans la majorité des cas, que les représentants de certaines variétés maladives dans l'espèce, modifiables dans

quelques circonstances, immodifiables dans d'autres. Quelle que soit, au reste, l'origine de leur affection, ils sont tous plus ou moins frappés au coin de cet état dégénératif qui les présente à l'observation avec la plupart des caractères propres aux maladies de longue durée et dans lesquelles domine la redoutable influence des prédispositions héréditaires. »

Partant de ce principe, on voit dès à présent que les aliénations peuvent se diviser en deux grandes catégories :

1° *Aliénations survenant chez les héréditaires, c'est-à-dire chez les prédisposés ;*

2° *Aliénations qui ne sont qu'un accident dans la vie d'un individu normal.*

Cette division n'est-elle pas, en somme, l'homologue de celle que l'on a vue peu à peu s'établir, au fur et à mesure des progrès de la science, au sein de la pathologie ordinaire? Depuis que l'on a appris à connaître, d'une part, le terrain humain, à la lumière de ses attaches héréditaires, et que l'on a su rapporter à la constitution de ce terrain une foule d'affections autrefois isolées dans la nosographie; — depuis que les recherches microbiologiques, d'autre part, ont appris à connaître la cause vraie d'une foule d'affections accidentelles, on a pu facilement classer toutes les maladies dans deux grands groupes : le premier comprenant toutes les affections inhérentes comme cause à l'individu lui-même : ce sont les affections constitu-

tionnelles, *diathésiques*; le second comprenant toutes les maladies relevant d'une cause étrangère à l'individu, celles qui ne sont plus l'indice d'une tare de famille, d'une prédisposition; ce sont les affections *accidentelles*. On ne peut douter que ce classement, résultat d'un réel perfectionnement dans la science médicale, n'ait été très fructueux, particulièrement en ce qui concerne les indications thérapeutiques. Le même classement peut s'appliquer tout naturellement aux affections mentales.

Mais une objection surgit immédiatement à laquelle il nous faut répondre : le développement de la folie proprement dite, d'une psychose pure, n'est-il pas possible en dehors d'une prédisposition héréditaire? Ce serait méconnaître les enseignements de la clinique que de le nier. Il existe certains cas dans lesquels une psychose s'est développée apparemment en dehors de toute prédisposition héréditaire. Mais il existe toujours dans ces cas une prédisposition qui équivaut à cette dernière. Il n'est guère possible, en effet, d'admettre le développement d'une psychose pure sans un terrain préparé à la recevoir. N'est-il pas évident, par exemple, que les causes banales, comme les chagrins, les chocs affectifs s'accompagnant de dépression morale, seraient bien impuissantes à créer la mélancolie sans un terrain propice. S'il en était autrement, cette psychonévrose serait d'une fréquence extrême.

Mais il est alors permis d'admettre, et l'on constate

en effet, que dans certaines circonstances l'intervention de moments étiologiques accidentels très puissants, crée à la longue un terrain de moindre résistance. La question de prédisposition se ramène en réalité toujours à une affaire de résistance cérébrale. Ces moments étiologiques provoquent une profonde débilitation de l'organe cérébral à la faveur de laquelle s'installe la psychose. Celle-ci n'est plus alors reliée par un lien direct de cause à effet au moment étiologique accidentel, comme la folie alcoolique l'est avec l'alcool, mais elle doit être rapportée à la prédisposition acquise, comme les autres psychoses le sont à la prédisposition héréditaire. Mais, quelle que soit la cause vraie, toujours on observe qu'elle a agi pendant longtemps, ou d'une façon suffisamment intense pour ruiner de fond en comble l'équilibre intellectuel. On conçoit très bien qu'une série ininterrompue de chocs moraux, revers de fortune, pertes de personnes chères, la misère physiologique, des affections chroniques épuisantes de longue durée, des maladies aiguës graves à convalescence longue et pénible, des intoxications anciennes comme l'alcoolisme, le morphinisme, etc., puissent placer l'organe cérébral en état d'opportunité morbide, dans un état de moindre résistance. Mais on remarque ici l'importance énorme et vraiment exceptionnelle que prend cette cause préparante. L'énergie de la cause occasionnelle immédiate est telle ici qu'elle se confond en somme avec une cause prédisposante. On

voit toujours, et c'est un fait capital, qu'elle a retenti simultanément sur tout l'organisme, et que l'économie tout entière a subi de profondes désorganisations.

En définitive l'apparition d'une psychose réclame un terrain préparé. Suivant la valeur de ce terrain, les causes déterminantes acquerront une importance variable et inversement proportionnelle à celle du facteur prédisposition.

La conception d'une prédisposition acquise possible, toute idée de prédisposition héréditaire mise de côté, nous oblige en conséquence à étendre la compréhension de notre premier grand groupe et à le définir ainsi : *Aliénations survenant chez les individus porteurs d'une prédisposition (héréditaire ou acquise)*. Cette dénomination est plus générale tout en n'englobant pourtant que des éléments de même nature. Ce grand groupe comportera deux subdivisions : *les prédisposés simples, les prédisposés avec dégénérescence.*

PREMIÈRE SUBDIVISION. — *Les prédisposés simples.* — Chez les malades à prédisposition simple qui forment notre premier groupe, les formes mentales que l'on observe sont les formes simples de la folie. Parmi elles, la *manie* et la *mélancolie*, états simplement affectifs, sans troubles de l'intelligence proprement dite, sont évidemment les psychoses dévolues aux moins prédisposés.

A leur suite on pourrait à la rigueur trouver place pour certaines espèces de délires que l'on a décrits

sous le nom de *délires hallucinatoires* (délires sensoriels. *Wahnsinn* hallucinatoire de Krafft-Ebing, délires d'inanition, délires d'épuisement, etc.), et qui surviennent très fréquemment chez des sujets cérébralement prédisposés. Cette forme est constituée essentiellement par un délire incohérent, protéiforme, d'une mobilité extrême, basé essentiellement sur des troubles hallucinatoires affectant tous les sens ; c'est un véritable raptus hallucinatoire, ordinairement fugace et curable, forme d'aliénation éminemment aiguë. Elle est surtout consécutive aux états d'épuisement tels que les convalescences de maladies aiguës graves ; elle est l'expression d'une sorte de faiblesse irritable des centres nerveux. Mais bien que ces délires constituent un syndrome clinique dont l'aspect soit bien caractéristique, et qu'ils puissent survenir chez des malades prédisposés simples, jouissant particulièrement de cette prédisposition acquise dont nous avons parlé, ils ne sont en réalité qu'un état symptomatique que l'on peut rencontrer dans une foule d'autres aliénations : intoxications, hystérie, dégénérescence mentale, etc. ; le délire alcoolique est le type parfait du délire hallucinatoire. C'est pour ces raisons que nous ne les faisons pas figurer ici comme forme élémentaire de folie, comme psychose typique. D'autre part leur étiologie bien spéciale, et qui semble indiquer une désorganisation aiguë profonde de la cellule cérébrale (démence aiguë de certains auteurs), en tout cas des altérations profondes de la

nutrition, les ferait classer plutôt, pour la plus grande part, dans les aliénations accidentelles : telles seraient, par exemple, certaines variétés des délires dits fébriles et postfébriles, ou ces auto-intoxications à forme cérébrale qui revêtent fréquemment l'aspect du délire hallucinatoire.

Quoi qu'il en soit, toutes ces formes simples (psychonévroses) sont des délires généraux ; ils affectent l'entendement tout entier ; il n'y a pas de délire *intellectuel* proprement dit, pas de créations dues à des aberrations du raisonnement ou de l'imagination. Ce sont bien là des désordres élémentaires essentiellement transitoires. On conçoit facilement que la formation d'une psychose plus complexe dans laquelle l'intelligence créera un système délirant, compliqué ou non, nécessitera l'existence préalable d'une prédisposition plus marquée et avant tout héréditaire. On n'aperçoit pas très bien, en effet, le délire chronique à évolution systématique et progressive succéder, comme une simple psychonévrose, à une série d'émotions ou à un état d'épuisement du cerveau. Une anomalie cérébrale qui permet la confection d'un délire auquel l'intelligence prend une part si active et qui dure un nombre considérable d'années doit trouver sa cause dans un dynamisme spécial de l'organe de la pensée, qui n'est que l'expression d'une prédisposition héréditaire.

Au-dessous des psychonévroses : manie et mélancolie, nous inscrirons au nombre des psychoses survenant

chez les prédisposés simples : *les folies intermittentes* et le *délire chronique* à évolution systématique. Nous devons donner ici les raisons pour lesquelles nous inscrivons ici ces deux formes.

Le grand groupe des prédisposés simples se fait remarquer par un caractère essentiel, invariable, pathognomonique. Jusqu'au jour où ils versent dans la folie, les malades qui le composent sont jugés *normaux* au point de vue cérébral. Comparés aux individus qui ne deviennent jamais aliénés, on ne constate entre eux aucune différence apparente. C'est que chez eux la prédisposition n'a pas acquis encore un degré suffisant pour se traduire par des caractères spécifiques. Cette prédisposition est latente et n'a produit qu'un résultat : celui de faire du cerveau un lieu de moindre résistance, un terrain favorable ; celui de créer une situation en vertu de laquelle les causes de désorganisation de l'équilibre intellectuel auront une influence plus marquée que chez d'autres, une action plus durable et plus énergique. Le facteur prédisposition est évidemment très variable comme importance ; sa valeur ne peut guère être appréciée, faute de critérium, si ce n'est entre deux cas extrêmes. Quoi qu'il en soit la résistance cérébrale des prédisposés doit varier en raison inverse de l'importance du facteur prédisposition. Or, c'est uniquement dans ces différences de résistance cérébrale que résident les motifs pour lesquels les malades se dirigeront de préférence soit vers les formes

très élémentaires que nous avons inscrites en première ligne, soit vers des formes plus sérieuses : le délire chronique à évolution systématique, la folie intermittente, manie ou mélancolie à répétition dont les accès à la longue, se rapprochent, tendent à se souder et finissent par entraîner la démence[1].

Dans la seconde grande subdivision des prédisposés, nous rangerons les malades dont la personnalité intellectuelle et morale est complètement transformée dès la base, dès la naissance, par le fait de l'aggravation progressive du facteur prédisposition. Ce groupe comprendra les prédisposés avec *dégénérescence*.

Telle est la première subdivision du grand groupe des prédisposés : les prédisposés simples sans dégénérescence, chez lesquels nous trouvons une base normale, mais fragile, par le fait d'une prédisposition soit héréditaire soit acquise. Cette subdivision comprend successivement :

1° *Manie et mélancolie ;*

2° *Délire chronique à évolution systématique ;*

3° *Folies intermittentes.*

Deuxième subdivision. — *Les prédisposés maximum ; les dégénérés.* — Tous les prédisposés groupés jusqu'à présent dans la première subdivision se font remarquer, avons-nous dit, par un caractère essentiel, ils jouissent d'un mécanisme cérébral normal, mais fragile. Par

1. Voir Magnan. Rech. sur les centres nerv., 2e série 1893; *folie intermittente*, p. 497.

opposition avec ces malades, nous grouperons ici tous les aliénés dont la constitution cérébrale est de tout temps anormale. Chez eux, la prédisposition, *quelle qu'en soit la nature* (héréditaire ou acquise), a produit une perturbation profonde des fonctions psychiques. Dès l'origine, dès la naissance, ils se font remarquer par des anomalies siégeant, soit dans la sphère des sentiments, soit dans la sphère de l'intelligence, soit dans la sphère des instincts et des penchants, soit dans toutes à la fois. Ils ont acquis des stigmates qui les font reconnaître de suite et grouper à part. Bien plus, la tare dite dégénérative dont ils sont porteurs se traduit souvent par des anomalies physiques dont la signification se surajoute à celles des anomalies psychiques concomitantes. Tous ces stigmates sont permanents, naissent avec le sujet et ne s'éteignent qu'avec lui. En aucune circonstance, ces malades ne sauraient sentir, penser, agir comme les individus à cerveau normal ni comme les prédisposés simples du groupe précédent. Dégénérés par accumulation de tares héréditaires dans la presque totalité des cas, ils peuvent l'être pourtant quelquefois par l'intervention de moments étiologiques puissants, dont l'action désorganisatrice s'exerce surtout aux époques de l'évolution cérébrale, c'est-à-dire dans la première enfance : maladies aiguës graves telles que : variole, rougeole, fièvre typhoïde, s'accompagnant de lésions cérébrales irrémédiables. On peut admettre encore l'action dégénératrice

des maladies fœtales, des traumatismes, en un mot de toutes les causes suffisamment puissantes pour léser matériellement les centres nerveux ou pour entraver leur développement. Mais, quelle que soit la nature de la cause dégénératrice, héréditaire ou acquise, les produits sont identiques et comparables entre eux; ils sont porteurs de caractères cliniques propres à les faire reconnaître en toute circonstance et significatifs de la tare dégénérative. Comparés à leurs ascendants directs, ils en diffèrent totalement au point de vue de leurs aptitudes cérébrales ; ils sont visiblement dans une situation mentale inférieure ; ce sont des êtres nouveaux, anormaux, à mécanisme cérébral faussé, dont la situation mentale se définit d'un mot : l'équilibre entre toutes les fonctions cérébrales est détruit et ne peut plus se récupérer. En dehors même des cas où ils peuvent être désignés du nom d'aliénés à proprement parler, ce manque d'équilibre est flagrant. Lorsqu'ils délirent, leurs conceptions revêtent des caractères pathognomoniques. Elles éclatent pour les moindres causes occasionnelles, signe de l'extrême instabilité de l'équilibre mental. En dehors des causes morales dont l'influence est ici prépondérante en raison de l'émotivité particulière des sujets, les moments physiologiques eux-mêmes deviennent une cause de perturbation cérébrale : puberté, ménopause, menstrues, grossesse. Les maladies générales s'accompagnent ici fréquemment de délire, le cerveau est devenu un *locus*

minimæ resistantiæ. Les accès délirants n'ont plus d'évolution propre ; ils affectent toutes les formes possibles et se substituent les uns aux autres avec la plus grande facilité. La systématisation et la cohésion des conceptions délirantes est très faible. Il n'existe aucune tendance à la systématisation progressive. Enfin les plus tarés des dégénérés sont candidats à une démence précoce, soit primitive, soit post-délirante.

C'est dans ce groupe que l'on retrouve encore la plupart des anciennes monomanies affectives et instinctives, les états de folie avec conscience qui tous sont réductibles aux trois phénomènes morbides suivants : obsession, impulsion, phénomène d'arrêt. Ces états de folie lucide sont au plus haut degré l'indice d'une déséquilibration absolue des fonctions cérébrales, qui suffit à les expliquer.

Nous n'insisterons pas davantage sur les caractères du groupe des dégénérés dont l'étude doit faire l'objet des chapitres suivants. Nous ne les avons retracés sommairement ici que pour les opposer aux caractères des prédisposés simples. Cette antithèse, base essentielle de notre classification, mérite de figurer dans un tableau comparatif :

A. Prédisposés simples.	B. Prédisposés avec dégénérescence.
I. Cerveau dont le fonctionnement a été de *tout temps régulier* et réputé normal, mais vulnérable. Fragilité variable suivant l'intensité de la prédisposition.	I. Cerveau dont le fonctionnement a été de *tout temps irrégulier*, anormal, maladif, très faiblement résistant (déséquilibration mentale avec ou sans diminution

	de l'acuité intellectuelle, parfois même exagération partielle de cette acuité).
II. Absence de stigmates indiquant une déviation pathologique des types générateurs.	II. Stigmates intellectuels affectifs et physiques séparant nettement les malades de la généralité des types de l'espèce réputés normaux et indiquant le maximum des transformations morbides héréditaires. Constitution *d'un type nouveau*, différant des types ancestraux d'où il dérive par des caractères dont la déviation pathologique s'accuse de plus en plus dans les générations ultérieures jusqu'à extinction complète de ce type.
III. Faible aptitude à délirer sous l'influence des causes banales. Intervention nécessaire de conditions étiologiques puissantes.	III. Très grande aptitude à délirer sous l'influence des moindres causes, et parfois même sans cause appréciable.
IV. Très fréquemment accès unique de folie avec complète *restitutio ad integrum*. Si l'accès se reproduit, le cerveau reprend après la guérison son équilibre normal.	IV. Très fréquemment accès multiples d'aliénation sans *restitutio ad integrum*. Le substratum mental restant déséquilibré, il ne peut exister de véritables intermittences mais seulement des rémittences.
V. Formes élémentaires de la folie : *a*. *Psychonévroses*, ou affections générales de l'entendement, essentiellement basées sur des troubles affectifs primitifs simples, sans délire intellectuel proprement dit ; *b*. folie intellectuelle simple, basée sur une déviation des processus normaux de la pensée, folie à préparation longue, à tendance nettement évolutive, progressive et systématique ; *c*. folies intermittentes.	V. Formes complexes de la folie : *a*. Délires d'emblée, sans préparation, sans attaches profondes, rapidement changeants, polymorphes dans le même temps ou à des époques successives, sans aucune systématisation ; *b*. psychoses à systématisation limitée (analogues à l'idée obsédante) de courte ou de longue durée, sans évolution progressive ; *c*, formes lucides de la folie à base d'obsessions et d'impulsions.
VI. Formes de folie reproduisant souvent des types homologues observés chez les ascendants (transmission du semblable, hérédité ordinairement similaire).	VI. Formes de folie très souvent sans analogie avec les formes observées chez les ascendants (hérédité quelquefois similaire, le plus souvent avec transformation ; transmission dissemblable).

Ce qui domine dans le groupe des états dégénératifs, ce qui en est en quelque sorte la marque de fabrique, c'est conséquemment l'existence d'un état mental particulier qui préexiste à toutes les manifestations vésaniques, de quelque nature et de quelque forme qu'elles soient. Pas de dégénérescence sans déséquilibration mentale. La connaissance de l'état mental d'un aliéné depuis sa naissance est indispensable pour juger sainement la valeur de ses manifestations délirantes. C'est le véritable critérium capable de servir de base à un bon diagnostic et à un pronostic exacts.

Si l'on jette maintenant un coup d'œil d'ensemble sur tous les malades successivement groupés dans les deux premières subdivisions, il apparaît clairement qu'ils forment une chaîne ininterrompue depuis le prédisposé minimum, celui qui, par exemple, présentera un accès unique de mélancolie simple dans le cours de sa vie, chez lequel cet accès constituera un accident passager, jusqu'au plus taré des dégénérés, l'idiot ou l'imbécile chez lequel la ruine du substratum mental est non seulement un fait accompli, mais chez qui encore l'aptitude à reproduire a disparu. Du premier jusqu'au dernier s'échelonne toute une série innombrable de chaînons intermédiaires, tous réunis par un lien commun, la *prédisposition*. Une ligne de démarcation sépare nettement les malades chez lesquels la prédisposition laisse intact l'équilibre intellectuel de

ceux chez lesquels l'état dégénératif est constitué définitivement par l'accumulation de lourdes tares. Du premier au dernier, ce n'est qu'une question de plus ou de moins dans la résistance cérébrale. Les prédisposés de la première subdivision sont évidemment dans les générations futures, sauf régénération intercurrente, des candidats à la dégénérescence. Les premiers sont les moins dégradés de l'espèce, les derniers sont *ab ovo* des êtres pathologiquement constitués.

Cette notion précise du substratum mental mérite d'être approfondie au sein même du groupe des états dégénératifs, où l'on peut suivre cliniquement une gradation progressivement descendante, suivant l'importance de ce substratum. L'élément de différenciation réside dans le degré d'acuité des facultés qui ont survécu au naufrage. En première ligne prennent place les dégénérés chez lesquels l'intelligence est restée brillante, mais est profondément mal équilibrée ; ce sont les originaux, les bizarres, les excentriques que l'on peut comprendre sous la rubrique : *déséquilibrés, ou dégénérés supérieurs*. Au-dessous d'eux, prend place l'immense agglomération des faibles d'esprit. Suivant le degré de faiblesse des facultés, on peut les distinguer en *débiles*, *imbéciles* et *idiots*, sans qu'il soit pourtant possible d'établir entre chacune de ces catégories une limite absolument tranchée. Les transitions sont insensibles, mais la démarcation se dessine

entre les types extrêmes. Tel est le substratum indispensable de la tare dégénérative. A lui seul, il suffit à la caractériser, comme il peut d'ailleurs en être le seul témoin.

Sur ce fond commun obligatoire viennent alors se greffer des situations mentales *contingentes*, *épisodiques*, *secondaires*, extrêmement variées, réunies pourtant par ce fait caractéristique qu'elles reposent sur une base dégénérative. Cette base leur imprime un cachet particulier qui les fait reconnaître en toute circonstance.

Ces situations mentales sont de trois ordres :

1° États de *folie lucide*, c'est-à-dire avec conservation de la conscience, à base d'obsessions, d'impulsions et d'inhibitions insurmontables (délire émotif de Morel, folie avec conscience de divers auteurs, monomanies effectives et instinctives d'Esquirol).

2° États de déséquilibration très avancée, états constitutionnels très graves avec perte de la conscience rendant le plus souvent impossible la vie libre au sein de la société. Les uns se manifestent plus particulièrement sous la forme de délire des actes, ce sont : la *manie raisonnante* et sa variété la plus dangereuse : la *folie des persécutés persécuteurs* (chicaneurs, quérulants, processifs) ; les autres sont caractérisés par une déviation ou une insuffisance du sens moral : *folie morale*.

A ce groupe doivent se rattacher les démences précoces non vésaniques, survenant chez des sujets lourdement tarés et chez lesquels la résistance intellectuelle est incompatible avec les conditions journalières de la vie.

3° *États délirants :* A. Délire d'emblée, multiple, polymorphe et protéiforme, rapide ou quelquefois de longue durée, mais sans tendance à la systématisation et à la transformation progressive, curable. Toutes les formes de délire peuvent être observées ; elles échappent à une description dogmatique, chaque malade leur imprimant un cachet personnel. A cette catégorie appartiennent les psychoses que l'on décrit sous les noms de délires religieux, érotique, hypochondriaque, ambitieux, suivant la prédominance de certaines idées délirantes. B. Délire systématique unique, fixe, sans tendance évolutive (analogue à l'idée obsédante) le plus souvent incurable et aboutissant parfois à une démence rapide. Les deux formes délirantes s'observent quelquefois chez le même sujet.

Ces trois aspects de la dégénérescence mentale peuvent *coexister* ou se *succéder dans le cours de la vie d'un même sujet*, comme ils peuvent manquer, l'état de déséquilibration ou de débilité intellectuelle restant alors le seul stigmate permanent et indélébile de la tare dégénérative.

Ici se termine notre synthèse des psychoses proprement dites, qui forment la portion la plus importante

de notre classification. Nous l'indiquerons sous forme de tableau synoptique.

A. Psychoses simples, élémentaires.	B. États dégénératifs.
I. États affectifs : manie, mélancolie, avec leurs degrés : Manie { Exaltation maniaque. Manie aiguë et suraiguë. Mélancolie { Dépression mélancolique. Mélancolie simple. (Délire mélancolique). Mélancolie avec stupeur.	I. État mental primordial, constant (déséquilibration mentale, débilité intellectuelle, imbécillité, idiotie).
II. Délire chronique à évolution systématique et progressive.	II. Folies avec conscience à base d'obsession, d'impulsion ou d'inhibition, syndromes épisodiques de la folie des dégénérés. *a*. Folie du doute. *b*. Délire du toucher, etc.
III. Folies intermittentes (double forme, circulaire, alterne, etc.).	III. Manie raisonnante. Délire des processifs, persécutés persécuteurs.
	IV. États délirants. *a*. Délires d'emblée, protéiformes polymorphes, à marche le plus souvent aiguë, le plus souvent curables; à base d'idées religieuses, érotiques, ambitieuses, hypochondriaques, mélancoliques, de persécution. } isolées ou combinées. *b*. Délires systématisés des dégénérés (systématisation limitée sans tendance à l'évolution progressive) à marche le plus ordinairement chronique, à durée longue se terminant quelquefois par la démence.

Les dernières formes d'aliénation qu'il nous reste à classer seront rapidement indiquées. Elles sont admises par la généralité des manigraphes et ne sont pas, comme les psychoses proprement dites que nous avons envisagées jusqu'ici, l'objet de contestations importantes. Aux aliénations dont la cause première réside dans une prédisposition spéciale, nous opposerons celles qui ne sont qu'*accidentelles, celles qui se rattachent à des facteurs étiologiques puissants, uniques, acquis, bien déterminés, incontestables*, ou à des lésions *matérielles* constituées *progressivement* ou *brusquement* dans des cerveaux normaux.

Le groupement séparé de ces formes se justifie pour deux raisons principales : 1° Elles ont un aspect clinique des mieux tranchés et uniforme pour chacun des groupes; 2° leur cause immédiate est indiscutable; l'appareil symptomatique est pathognomonique de la cause elle-même. Le délire épileptique est tel, en effet, qu'à son seul aspect on diagnostique l'épilepsie.

En première ligne et immédiatement après les états dégénératifs nous rangerons les *états délirants directement engendrés par les névroses : hystérie, épilepsie*. Ici la psychose (hystérique ou épileptique) est manifestement liée à la névrose par un lien de cause à effet. L'effet est tellement subordonné à la cause qu'on peut désigner ces états sous le nom d'*équivalents psychiques* de la névrose. C'est en les considérant ainsi d'ailleurs que l'on peut être seulement autorisé à

les grouper à part. Cette considération élimine d'emblée, en effet, les états d'aliénation qui peuvent survenir chez des hystériques ou des épileptiques en dehors des accès. Ces états ne sont pas rares ; ils sont alors caractéristiques d'un état dégénératif, qui préexiste, assez souvent à la névrose elle-même, et qui justifie le rapprochement que nous faisons des folies névrosiques et des états dégénératifs. Il y a dans ces cas coexistence du délire névrosique et du délire des dégénérés; plus rarement le délire névrosique coexiste avec la folie simple ou le délire chronique. Nous ne nous attarderons pas à discuter la valeur de l'hypochondrie en tant que névrose. Cette conception qui s'est reproduite avec une singulière persistance depuis Morel, ne nous semble pas justifiée. L'hypochondrie ne possède aucun caractère nosographique qui puisse autoriser son isolement autrement que comme élément symptomatique.

Deux grands groupes d'aliénations accidentelles terminent maintenant cet exposé de classification : les *démences organiques* et les *folies toxiques*, groupes bien nettement délimités, irréductibles entre eux et aux groupes précédemment exposés, faciles à rattacher à leur cause génératrice directe, ayant enfin des caractères généraux bien tranchés. Les folies par intoxication, quel que soit d'ailleurs le poison, ont des caractères communs, spécifiques; c'est à leurs formes aiguës qu'on peut appliquer en particulier l'épithète de *délires hallucinatoires* décrits à tort séparément comme entités mor-

bides par certains auteurs. Les *démences organiques* sont réductibles à des lésions matérielles, destructrices de la substance cérébrale, quelle que soit la cause de ces lésions, quelle qu'en soit l'étendue, quelle qu'en soit la forme anatomique. Symptomatiquement, quelles qu'elles soient, elles sont réductibles à un affaiblissement des facultés mentales, *général* ou *partiel*, suivant la nature et l'étendue de la lésion.

Les trois groupes suivants compléteront donc notre tableau synoptique de classification.

C. Délires névrosiques { *a*. Délire épileptique.
{ *b*. Délire hystérique.

D. Démences organiques.

a. Lésions diffuses : paralysie générale.
b. Lésions circonscrites : (athérome artériel, régression sénile, ramollissement, apoplexie, tumeurs cérébrales, saturnisme, syphilis, etc.).

E. Folies toxiques.

a. Alcoolisme, absinthisme, cocaïnisme, morphinisme, éthérisme, etc.
b. Délires dits fébriles, délire aigu. Auto-intoxications.

Il y aurait peut-être lieu de faire figurer à la suite de ce tableau, sous la rubrique *folies composées*, les cas dans lesquels différentes formes d'aliénation se trouvent mélangées et *coexistent* dans le même temps, formes sur lesquelles l'un de nous a appelé spécialement l'attention [1]. Mais nous pensons qu'il est inutile de compliquer ainsi une classification : chacune des formes coexistantes conserve, en effet, ses caractères

1. Magnan. De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné, *in Arch. de neurologie*, 1880.

cliniques particuliers, qu'il est toujours possible d'isoler; il ne s'agit ici que d'un simple *mélange* d'une juxtaposition et non pas d'une *combinaison*.

Mais il est bon, d'autre part, de signaler, sans les faire figurer dans une classification, les cas nombreux dans lesquels les aliénations dites accidentelles se développent *chez des sujets prédisposés*. De la combinaison des deux éléments en présence résulte un tableau clinique relevant à la fois de l'influence des deux facteurs. L'alcoolisme, la paralysie générale, par exemple, affectent des formes inusitées, lorsqu'ils germent sur un terrain préparé par l'hérédité. Bien des idées délirantes, bien des actions étranges accomplies par des déments, surtout au début de leur mal, ne trouvent, d'autre part, leur explication que dans un état mental particulier préexistant à l'état de démence.

Il importe de bien connaître la possibilité de pareilles combinaisons pour poser un diagnostic précis, en accordant aux symptômes anormaux leur véritable valeur originelle et pour n'être pas tenté de substituer des entités nouvelles à des états facilement explicables par une analyse minutieuse.

CHAPITRE III

LES DÉGÉNÉRESCENCES DE L'ESPÈCE HUMAINE. DÉFINITION. — CAUSES.

SOMMAIRE. — Le dégénéré considéré dans l'évolution; sa définition anthropologique. Comparaison avec le type régressif. — Schéma de l'évolution humaine régulière et de l'évolution dégénérative. — Définition des causes dégénératives. — Leur classement. — Influences héréditaires et influences acquises ou accidentelles. — Facteurs individuels et facteurs collectifs.

Nous avons jusqu'ici déterminé la place des dégénérés dans une classification. C'est un point de doctrine dont l'importance capitale justifie les détails dans lesquels nous sommes entrés. Il nous faut maintenant définir les dégénérés en quelques mots et rechercher les causes de leur état. Le second point retiendra très peu notre attention. Le traité des dégénérescences de Morel a envisagé la question sous quelques-unes de ses faces, que nous compléterons par quelques indications, en insistant sur les causes les plus actives.

On ne peut dire que la définition anthropologique du dégénéré, surtout au point de vue qui nous occupe, ait été donnée d'une façon satisfaisante par Morel. C'est

un point à fixer. Il faut savoir ce que l'on doit entendre sous le terme de *dégénéré* avant d'établir les caractères cliniques du type; une définition exacte a son utilité encore en raison des conclusions médico-légales que l'on doit tirer d'une étude des dégénérescences et des discussions de plus en plus vives que fait naître le dégénéré considéré dans ses rapports avec la criminalité.

Le terme *dégénérescence* appliqué à la pathologie mentale désigne l'état morbide d'un sujet dont les fonctions cérébrales accusent un état d'imperfection notoire, si on les compare à l'état cérébral des types générateurs. Bien plus, cet état morbide constitutionnel s'aggrave progressivement, et de même que la dégénération d'un tissu précède sa disparition, sa mort, de même la dégénération de l'individu précède son anéantissement dans son espèce; la stérilité est, en effet, le cachet ultime de la dégénérescence; elle est précédée immédiatement et accompagnée de l'abâtardissement du type. La dégénérescence est donc un état *pathologique* et non un état *régressif*, *une anomalie réversive* ainsi que la comprennent certains auteurs.

On sait comment Morel définissait cet état. C'était pour lui la déviation du type normal de l'humanité, une déviation maladive d'un type primitif. Mais il n'est pas possible, on le sait, de concevoir scientifiquement un type parfait à l'origine de notre espèce. L'anthro-

pologie nous a montré que la perfection était en tension dans toutes les espèces, que la perfectibilité est une qualité de tout être qui évolue normalement. C'est donc à l'opposé de l'origine de l'espèce qu'il faut chercher le type idéal, c'est à sa fin, en supposant qu'aucun obstacle ne s'oppose à sa marche en avant, c'est-à-dire à l'accomplissement régulier des actes qui ont pour but d'assurer sa conservation présente et future : nutrition et reproduction. Depuis son apparition, l'homme en satisfaisant ces deux besoins a fatalement marché du moins parfait vers le plus parfait. Il a cherché les adaptations les plus conformes à ses impulsions instinctives ; il a lutté pour satisfaire les inconscients désirs de sa nature animale; en outre, tous ses efforts, même ceux qui paraissent le plus dégagés de préoccupations infimes, la mise en œuvre elle-même de sa fonction organique la plus élevée, l'intelligence, ont convergé vers ce double but : assurer le présent, c'est-à-dire le maintien de la vie; assurer l'avenir, c'est-à-dire la vie de la descendance. Le mieux, le plus parfait ne sont pas absolus; ils sont dans une relation constante avec des états de situation antérieurs ou ultérieurs; ce qui est plus parfait est ce qui répond mieux au besoin qu'éprouve l'homme de se conserver pour lui-même et dans son espèce, double mouvement qui résume toute sa biologie.

Si telle est l'espèce humaine, considérée au même titre que les autres espèces, comment faut-il en comprendre la dégénérescence ? Elle doit être constituée par un mouvement de progression d'*un état plus parfait vers un état moins parfait*, celui-ci étant engendré par toute cause susceptible de contrarier le double mouvement naturel de l'être vers sa conservation propre et vers celle de son espèce. Il est donc facile, en concevant ainsi les choses, de se rendre compte scientifiquement des états dégénératifs sans avoir besoin du type étalon auquel songeait Morel. Quels qu'aient été les types ancestraux générateurs, le dégénéré existe, dès qu'à la suite des influences nocives exercées par les causes dites dégénératrices, un nouveau type naît différent de ses ancêtres plus ou moins immédiats par des attributs caractérisés essentiellement par un état progressif d'infériorité psycho-physique. On voit combien cet être dégénéré diffère d'un type que l'on pourrait qualifier de *régressif* ou *réversif* si ce type pouvait exister. La régression ou réversion serait également un recul vers un état moins parfait, mais un recul vers un état réputé normal, vers une situation de l'être qui possède en lui-même toute l'énergie de résistance nécessaire à son perfectionnement futur. Ce ne serait qu'un retard dans le sens de l'évolution ; ce n'est plus, en tout cas, la création d'un type morbide qui, s'il est moins parfait comme le régressif, ne possède plus en lui-même les moyens de se régénérer.

Notre système peut être exactement figuré par une échelle double, dont une portion ascendante représente l'évolution régulière de l'espèce, une portion descendante représente l'évolution dans le sens de la dégénérescence (fig. 1). Les origines de la portion ascendante sont indéterminées ; ses racines plongent bien loin

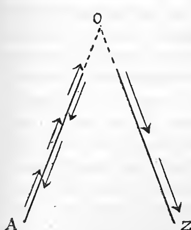


Fig. 1.

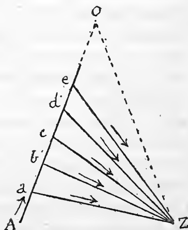


Fig. 2.

dans l'histoire des êtres organisés. Considérons-la en A, époque de l'apparition de l'espèce homme. Les types de cette espèce sont alors représentés par des êtres ayant en puissance les améliorations progressives qui s'accompliront ultérieurement dans leur descendance. Ce sont des hommes à l'état brut, inculte, mais ce sont des êtres *normaux*. Depuis A l'espèce évolue dans le sens du plus parfait vers un point O, indéterminé, fictif, représen-

tant le plus parfait. Mais sur tout le parcours de cette évolution, se trouvent échelonnés successivement en *a*, *b*, *c*, *d*, etc., les obstacles à l'évolution, les facteurs de dégénérescence que ce mouvement de progression amène souvent avec lui (Voir fig. 2). On voit par là que la conformation psycho-morale de l'espèce au moment où elle est envahie par les agents destructeurs de son équilibre biologique importe peu pour la détermination des caractères de la dégénérescence; celle-ci débute en un point quelconque de l'histoire de l'homme et le saisit tel qu'il est à ce moment même en enrayant sa marche ascendante, et en créant le type dit dégénéré, qui à partir de ce moment (*a*, *b*, *c*, etc.) rétrograde vers un point Z où il s'éteint. En ce nouveau point Z, symétrique de celui qui dans l'échelle ascendante marquait l'apparition de l'espèce, se trouve l'idiot, type essentiellement pathologique, qui résume en lui toutes les dégradations successives subies par ses ascendants depuis les points *a*, *b*, *c*, époques où ils ont commencé à dégénérer, de même qu'en A se trouvait le type résumant en lui l'évolution normale et régulière de sa descendance. Cet idiot est aussi un être brut, inculte, mais il n'est pas comparable à l'autre; celui-ci est un être normal, celui-là est un malade.

Vouloir faire maintenant de cet idiot ou des dégénérés des êtres régressifs, c'est identifier l'être normal à l'être malade. Si l'on jette un coup d'œil sur

notre premier schéma, on peut y comprendre ce que serait l'être régressif. Celui-ci suivrait en sens contraire la voie déjà parcourue; jamais dans sa course il ne rencontrerait l'échelle descendante qui correspond aux états pathologiques dits de dégénérescence. Il aboutirait finalement en un point A où il retrouverait l'état de nature, les germes nouveaux d'un futur perfectionnement au lieu de la disparition, dernière étape où vient s'échouer le dégénéré progressif.

Des considérations précédentes découle la définition suivante :

La dégénérescence est l'état pathologique de l'être qui, comparativement à ses générateurs les plus immédiats, est constitutionnellement amoindri dans sa résistance psycho-physique et ne réalise qu'incomplètement les conditions biologiques de la lutte héréditaire pour la vie. Cet amoindrissement qui se traduit par des stigmates permanents est essentiellement progressif, sauf régénération intercurrente; quand celle-ci fait défaut, il aboutit plus ou moins rapidement à l'anéantissement de l'espèce.

On comprend, d'après ce qui précède, que les causes dégénératrices, d'ordre extrêmement varié, se sont superposées et peu à peu multipliées aux âges successifs de l'évolution. Chaque époque amène les siennes : elles sont un complément presque obligé du mouvement de

progression; elles n'ont pas un point d'origine fixe; elles n'ont rien d'absolu; leur intensité d'action varie suivant une foule d'éléments contingents. C'est ainsi que certaines conditions telluriques et climatologiques n'ont été cause de dégénérescence que pour certains groupes humains, alors qu'elles favorisaient l'évolution de certains autres. Il est impossible d'énumérer les causes de la dégénérescence ou d'en clore la nomenclature; toute action assez énergique et assez durable pour retarder et surtout arrêter le mouvement évolutif de l'espèce est une cause dégénératrice. Ces causes sont celles mêmes de la maladie, du mal moral comme du mal physique, du mal qui s'attaque à l'homme seul comme de celui qui s'attaque à l'homme collectif, c'est-à-dire vivant en société. Ce sont autant de maux qui ne tardent pas à frapper l'homme et les sociétés de stigmates indélébiles qui se reproduisent en s'aggravant dans les générations ultérieures jusqu'à leur disparition complète pour cause d'insuffisance notoire dans la lutte pour la vie, ce sont les guerres, les disettes, les famines, la misère, les maladies professionnelles, le surmenage dû aux métiers épuisants, les excès d'une civilisation avancée, les poisons sociaux (et surtout l'alcoolisme), etc.

Est-il besoin, au point de vue clinique, de chercher un classement méthodique des causes de la dégénérescence comme l'avait fait Morel? Après la défini-

tion que nous avons donnée de ces causes, cette tentative nous semble bien inutile; un classement n'a sa raison d'être qu'autant qu'on en peut tirer un profit pratique. Ce profit serait immédiat si nous faisions ici de la sociologie et si nous recherchions les remèdes à opposer à la dégénérescence, mais nous ne faisons que de la clinique et celle-ci nous enseigne précisément que le produit dégénéré ne varie pas sensiblement dans ses caractères, quelle que soit la cause de son état. D'ailleurs, il est à peu près impossible d'isoler chez les dégénérés la cause principale de leur déchéance; presque toujours elle est multiple, surtout lorsqu'il s'agit de dégénérescence héréditaire.

Mais si nous considérons maintenant les causes dégénératrices en regard des résultats qu'elles produisent, nous pouvons les diviser en deux classes : les *influences héréditaires* et les *influences acquises* ou mieux *accidentelles*. Il paraît singulier au premier abord de distinguer entre les dégénérescences héréditaires et les dégénérescences accidentelles, car qui dit dégénérescence implique l'idée de transmission morbide héréditaire, et, d'autre part, comme il faut bien reconnaître même aux dégénérescences héréditaires une origine première, celle-ci se confond évidemment avec des influences d'ordre accidentel. Mais la distinction que nous avons faite a une autre portée. Si dans l'immense majorité des cas le dégénéré est le produit

d'une longue suite de transformations morbides héréditaires, on peut observer des cas où l'homme né dans des conditions normales présente tout à coup, et dans le cours de sa vie seule, par le fait d'influences accidentelles graves, tous les attributs psychiques et physiques de la dégénérescence. Bien plus, si cet être a procréé ou procrée dans la suite, ses descendants ne sont pas fatalement grévés de la tare dégénérative. Cette distinction devait être faite quand ce ne serait que pour montrer qu'il ne faut pas confondre entre eux les deux termes héréditaires et dégénérés. On peut être dégénéré sans être un héréditaire; on peut même être longtemps, nous l'avons vu à propos de notre classification, un héréditaire sans être un dégénéré.

Les causes assez puissantes pour produire du premier coup chez un sujet les stigmates de dégénérescence que l'on rencontre chez l'héréditaire, stigmates qui démasquent en somme une ruine totale de l'équilibre cérébral et une détérioration souvent très profonde de la santé physique, ces causes, disons-nous, sont assez nombreuses et surgissent aux différentes époques de la vie. Elles agissent pourtant avec une fréquence plus grande dans le jeune âge, c'est-à-dire à une époque où l'organisme est en voie d'évolution et de développement. Il faut comprendre parmi ces causes les maladies du fœtus, les accidents de la grossesse et de l'accouchement susceptibles d'altérer la vitalité de l'enfant.

Plus tard ce sont les maladies aiguës, infectieuses de la première enfance : variole, scarlatine etc.., surtout celles qui s'accompagnent de phénomènes cérébraux ou médullaires. Ce sont d'une manière générale toutes les affections médicales ou chirurgicales (traumatismes crâniens etc.) qui troublent l'organisme d'une façon assez profonde pour frapper les sujets d'un arrêt de développement irrémédiable.

A côté de ces causes que nous qualifierons d'aiguës, il faut en noter d'autres qui, pour agir plus lentement, moins brutalement, n'en produisent pas moins un état de dégénérescence très accentué, plus accentué même que les causes aiguës, en ce sens que cet état devient souvent constitutionnel, fait grave au point de vue de la descendance qui se trouve, à son tour, presque fatalement frappée. Dans le nombre nous citerons la misère physiologique, l'alimentation défectueuse du premier âge, les mauvais traitements de toute nature, et dans l'ordre des causes morales, l'éducation mal dirigée.

Plus tard, dans l'adolescence et surtout dans l'âge mûr, l'homme rencontre à chaque pas, en dehors des accidents pathologiques précités, des causes multiples de déchéance organo-psychique, causes inhérentes à l'état social lui-même : facteurs collectifs tels que les disettes, les famines etc.., facteurs individuels, tels que les professions insalubres, les intoxications (alcoolisme,

morphinisme etc.). Ici les causes n'agissent plus seulement en produisant des dégénérescences individuelles ; nous touchons du doigt les premiers termes des séries de dégénérescences qui vont trouver dans l'hérédité leur plus sûr mode de propagation et d'aggravation.

Ainsi donc, dans la production de ces états morbides que l'on a qualifiés de dégénérescences, deux ordres de facteurs principaux interviennent : 1° les influences héréditaires, autant de tares que l'homme peut apporter en naissant; 2° les influences acquises par l'homme dans le cours de sa vie.

Les *influences héréditaires* sont forcément un produit complexe, formé par une accumulation de tares de divers ordres, acquises par les ascendants pendant une série indéfinie de générations. Ces tares seront par exemple la misère, l'alcoolisme, l'impaludisme, la tuberculose, la folie, etc. Combinées de mille façons elles se manifestent, chez l'être dit dégénéré qui les synthétise, sous forme de stigmates psycho-physiques significatifs de la tare héréditaire.

Quant aux *influences acquises* elles produisent deux ordres de résultats : des tares psycho-physiques semblables cliniquement à celles dont sont porteurs les dégénérés héréditaires, mais des tares qui s'éteignent avec le sujet et ne font pas souche de dégénérescence, dans d'autres circonstances, ce sont des tares

qui deviennent constitutionnelles, c'est-à-dire le germe de phénomènes de même nature qui se reproduisent chez les descendants par un mécanisme sur lequel nous n'avons pas à insister ici.

CHAPITRE IV

LES STIGMATES PHYSIQUES DE LA DÉGÉNÉRESCENCE

SOMMAIRE. — Stigmates physiques et stigmates moraux. — Absence de parallélisme. — Ce qu'il faut entendre par stigmate physique. — Définition anthropologique.

Le dégénéré est, par suite des transformations morbides successives qu'il résume en lui, une personnalité nouvelle, c'est-à-dire qu'il jouit au physique, comme au moral, d'attributs qui caractérisent la tare dont il est porteur et qui en sont les stigmates exclusifs. Il y a lieu de distinguer entre les *stigmates physiques* et les *stigmates moraux*. Bien que ces derniers ne fassent que traduire autant d'anomalies morphologiques de l'organe cérébral, ils ne sont pas accessibles à l'analyse par les mêmes moyens d'investigation que les stigmates physiques; d'autre part ils jouent un si grand rôle dans la détermination de la personnalité du malade, qu'une description séparée s'impose.

Les influences dégénératives sont des influences perturbatrices qui, pour des raisons nombreuses, ne s'exercent pas simultanément sur tous les points de l'organisme; elles ne s'y exercent pas non plus partout

de la même manière ni avec le même degré d'intensité. La raison de ces différences réside, à n'en pas douter, dans la nature même des causes qui se combinent pour créer le processus dégénératif, et sur les variations de la résistance de tels ou tels points de l'organisme qui neutralisent ou favorisent l'action de ces causes. Nous n'avons pas à y insister.

Mais une double conséquence en résulte, la première c'est qu'il n'y a pas deux dégénérés qui se ressemblent absolument, bien qu'ils soient tous comparables les uns aux autres dans les grandes lignes et qu'ils obéissent tous aux mêmes lois ; — la seconde c'est qu'il n'existe aucun parallélisme entre les stigmates physiques et les stigmates moraux. Si dans un grand nombre de cas les uns et les autres coexistent, dans d'autres circonstances on observe des malades porteurs des stigmates matériels les plus accusateurs de la dégénérescence, bien qu'ils aient conservé un équilibre cérébral régulier, et inversement des malades à conformation physique des plus régulières qui, au point de vue moral, sont des types de déséquilibrés. Stigmates physiques et stigmates moraux ne se développent pas parallèlement ; ils ne se révèlent pas mutuellement. Ce fait a une importance capitale si l'on veut bien se rappeler le rôle que certains criminalogistes italiens ont cru devoir faire jouer aux aspects extérieurs pour la détermination de l'état moral. Les bases du système n'ont pas la solidité que l'on croyait, dès l'instant qu'il

n'existe plus aucun parallélisme obligatoire entre les deux ordres d'anomalies.

Dans le présent travail nous n'avons à nous occuper que des dégénérés intellectuels. Si l'on considère encore que les stigmates physiques, bien qu'ils soient de même nature que les stigmates intellectuels, n'ont cependant avec ces derniers que des rapports de commune origine, on comprendra pourquoi nous réduisons ici leur étude à très peu de chose.

Une première question se pose : Quels sont les désordres anatomiques que l'on est en droit de qualifier stigmates de dégénérescence? La réponse serait simple si dans l'ordre d'idées où Morel s'était placé lui-même il était possible de construire un homme idéalement normal au point de vue anatomique et physiologique. Tout ce qui ne serait pas conforme au type étalon en constituerait alors une déviation, et il serait facile, à première vue, de cataloguer les multiples déviations du type primitif. Mais nous avons vu combien cette idée était scientifiquement irréalisable; le fût-elle d'ailleurs, qu'il serait bien difficile de trouver un seul être humain régulièrement construit. C'est ailleurs qu'il faut chercher un critérium du stigmate physique.

L'être réputé normal est celui qui, originairement, se trouve suffisamment armé pour la lutte, capable d'assurer par ses propres efforts le maintien de son équilibre biologique et de reproduire un être doué des

mêmes attributs que lui. Cela revient à dire qu'aux fonctions qui président à l'évolution régulière de l'espèce et qui ont pour but d'assurer sa conservation actuelle et celle de sa descendance, correspondent des organes dont la structure doit assurer la régularité de ces fonctions. Pour chacune des fins naturelles qu'elle poursuit, l'espèce a conquis peu à peu, dans les stades successifs de son évolution et grâce au pouvoir de sélection que l'on connaît, des organes qui, à leur tour, sont normalement adaptés à ces fins. En outre, par le fait de la solidarité organique, tout l'ensemble concourt merveilleusement à une fin commune, celle de la conservation de l'espèce.

Survienne un désordre organique quelconque, dont l'effet est de compromettre la fonction au point de l'empêcher de s'accomplir, l'être qui en est porteur est atteint dans son équilibre biologique ; il devient inapte par un point à concourir au maintien des conditions régulières de l'évolution de son espèce ; il n'en est plus solidaire, il a dégénéré. Si l'organe atteint n'a, dans le concours du jeu des autres organes, qu'un rôle effacé, le dégénéré n'est porteur que d'une infirmité simple, déjà caractéristique pourtant de son infériorité physique. Mais si le ou les organes frappés président à l'accomplissement de grandes fonctions, le dégénéré disparaît ou ne se reproduit plus. Le premier cas s'appliquera par exemple à l'être qui naît avec un pied bot ou une main polydactyle ; le second cas sera celui de

l'anencéphale qui disparaît en naissant ou du cryptorchide qui reste le dernier représentant de son espèce.

On conçoit que les deux conditions nécessaires pour qualifier ces anomalies physiques de stigmates dégénératifs sont, d'une part, leur apparition dès la naissance, fait qui les relie nettement à une influence héréditaire, et, d'autre part, leur permanence qui caractérise alors la disparition définitive de la fonction à laquelle elles devaient concourir. Sans ces deux conditions la qualification pourrait aussi bien s'appliquer à tout mal physique, qui, dans le cours de la vie, peut accidentellement compromettre, parfois d'une façon irrémédiable, une ou plusieurs fonctions. Il ne s'agit ici que de désordres liés à des anomalies de structure. On ne saurait par exemple taxer de stigmate dégénératif, même chez un dégénéré type, les paralysies diverses (mono, hémi, paraplégies) qui apparaissent dans l'enfance et qui sont dépendantes de lésions matérielles des centres cérébro-spinaux, favorisés sûrement par ce substratum défectueux, mais postérieurs à la naissance. Il en sera tout autrement du strabisme congénital, non lié à une lésion organique, qui traduit un simple trouble fonctionnel, un défaut d'équilibre dans l'influx moteur émané des divers points de l'écorce préposés aux mouvements du globe oculaire.

Partant de là, l'on peut définir le stigmate de dégénérescence *toute disposition organique, congénitale et permanente dont l'effet est de mettre obstacle à*

l'accomplissement régulier de la fonction correspondante et de détruire l'harmonie biologique, où l'espèce trouve les moyens de poursuivre son double but naturel de conservation et de reproduction.

Par suite les stigmates dégénératifs traduisent toujours une anomalie de développement, un trouble évolutif; ce sont des dystrophies, des atrophies, se manifestant objectivement par des dysmorphies, des hypermorphies et des amorphies, et symptomatiquement par des désordres, des irrégularités, des suractivités ou des disparitions fonctionnelles. Citons au hasard les malformations crâniennes, les dystrophies faciales, bec de lièvre, gueule de loup, les anomalies dentaires, le strabisme congénital, les troubles congénitaux du langage articulé, blésité, bégaiement, zézaiement, l'hypertrophie des mamelles chez l'homme, le vitiligo, les doigts et les orteils palmés, le pied et la main bots, l'hermaphrodisme, l'anorchidie, la cryptorchidie, en général toutes les monstruosités tératologiques, etc., etc.

La formule du dégénéré au point de vue physique est la même qu'au point de vue mental, nous le verrons plus loin, c'est un déséquilibré, un irrégulier, un asymétrique. L'asymétrie est un caractère assez général dans les désordres que l'on a qualifiés de stigmates physiques; ils impliquent à un très haut degré un défaut absolu d'harmonie et d'équilibre dans les fonctions trophiques qui président à l'évolution de l'être.

Nous avons dit ailleurs comment il fallait comprendre

les dégénérescences acquises. Il est évident qu'en leur qualité d'accidents elles ne sauraient comporter dans leur description les stigmates physiques dont nous venons de parler. Les désordres matériels qui, chez le dégénéré acquis, pourraient être par assimilation objective, taxés de stigmates, sont engendrés par des lésions d'un ordre tout autre que celui qui engendre les anomalies de développement dont il a été question. Leur signification et leur destinée sont toutes différentes.

Lorsque nous aurons assigné comme dernier caractère aux stigmates leur transmissibilité par voie héréditaire, qui consacre une fois de plus leurs attaches à l'espèce dégénérée, nous aurons indiqué tout ce qu'il faut pour les définir et les reconnaître dans la pratique. Insister sur le détail serait maintenant oiseux; la définition générale que nous avons donnée montre la multiplicité presque indéfinie des signes extérieurs de la dégénérescence; il était utile seulement de les rattacher à une formule unique.

CHAPITRE V

ÉTAT MENTAL DES DÉGÉNÉRÉS

SOMMAIRE. — I. Généralités. — Substratum mental commun à tous les dégénérés; universalité des caractères psychiques de la dégénérescence. — Rupture de l'équilibre harmonique existant entre les fonctions des centres cérébro-spinaux. — Cause et mécanisme de la déséquilibration; l'inhibition. — II. Analyse de l'état mental; groupements cliniques : A. Les déséquilibrés de l'intelligence : idiots, imbéciles, débiles, dégénérés intelligents (dégénérés supérieurs). — B. Les déséquilibrés de la sensibilité; les émotifs. — C. Les déséquilibrés de la volonté; les impulsifs.

Les manifestations symptomatiques de la dégénérescence ne se rencontrent pas seulement dans le domaine somatique. L'intelligence et, d'une façon plus générale, les fonctions de l'axe cérébro-spinal sont également perturbées. Les anomalies observées dans ce système ne sont ni les moins frappantes, ni les moins caractéristiques. Cette généralisation des désordres n'a rien qui puisse surprendre : le dégénéré est, en effet, un malade dès l'origine, *ab ovo* ; il se présente avec une tare constitutionnelle qui l'accompagnera du berceau à la tombe, et qui doit peser sur sa personnalité tout entière comme elle doit faire sentir son influence à toutes les époques de la vie.

C'est là une importante notion qui contribue à jeter la lumière sur bien des cas cliniques d'aliénation qui perdent toute signification, s'ils sont considérés isolément au lieu d'être rattachés à la série des phénomènes morbides échelonnés sur tout le parcours de la vie du malade. En analysant ainsi ce malade depuis sa naissance, on est moins tenté d'isoler comme autant d'entités cliniques les diverses manifestations pathologiques dont il est porteur et qui ne sont que les divers aspects d'un même mal. On peut aussi comparer entre elles des situations en apparence très différentes pour les rattacher finalement à une cause unique et au même mécanisme. Cette vérité trouvera particulièrement sa démonstration quand il sera question des obsessions.

Il y a donc lieu de considérer chez tout dégénéré un substratum mental particulier, une base dont nous mettrons en relief les caractères généraux, immuables, base sur laquelle viendront se greffer une quantité de situations morbides, reliées entre elles par cette commune base.

« Les conditions de dégénérescence, dit Morel[1], « dans lesquelles se trouvent les héritiers de certaines « dispositions organiques vicieuses se révèlent non « seulement par des caractères extérieurs typiques plus « ou moins faciles à saisir, tels que la petitesse ou la « mauvaise conformation de la tête, la prédominance

1. MOREL. *Traité des dégénérescences*, p. 62.

« d'un tempérament maladif, des difformités spéciales, « des anomalies dans la structure des organes, l'im- « possibilité de se reproduire, mais encore par les « aberrations les plus étranges dans l'exercice des « facultés intellectuelles et des sentiments moraux. »

Quels sont donc ces stigmates intellectuels que l'on doit retrouver invariablement chez tout dégénéré ? Pour les bien concevoir, il faut avoir présentes à l'esprit les conditions normales, physiologiques, du fonctionnement du cerveau et de la moelle. Si l'on ne connaît pas encore ces conditions dans tous leurs détails, on connaît du moins les lois générales qui les régissent et l'on sait qu'il existe entre les fonctionnements des divers centres échelonnés sur tout l'axe cérébro-spinal une harmonie, un équilibre justement proportionnés à l'intégrité de ces centres.

Prenons un exemple : la fonction sexuelle est réglée par la synergie de centres multiples dont l'action résultante concourt à la reproduction régulière, normale de l'espèce. Ces centres sont de trois ordres : *psychiques*, *sensitifs* et *spinaux*. Dans les centres sensitifs réside l'instinct de la sexualité ; aux centres psychiques, tout au moins dans les races supérieures, est dévolu le choix de l'être, de sexe contraire, qui devra coopérer à l'acte de la reproduction ; les centres spinaux enfin président à l'accomplissement régulier de l'acte copulateur lui-même. Voilà donc une fonction complexe réglée par des lois physiologiques bien connues. Si

l'instinct sexuel s'éveille dans des conditions régulières, c'est-à-dire dans les circonstances que réclame la nature pour que le produit de la conception soit aussi parfait que possible ; si la sélection du type coopérateur de la reproduction est régulière, c'est-à-dire s'applique à un être capable d'assurer normalement la reproduction ; enfin si l'acte copulateur s'effectue en temps régulier et dans des conditions régulières, on peut dire que la fonction génératrice s'accomplit *normalement.*

Que l'on étende par la pensée ces considérations à toutes les autres fonctions, si élevées et si complexes qu'elles soient, et l'on pourra se faire une idée assez exacte de ce qu'il faut entendre par fonctionnement normal. Il est certain qu'à bien des égards la normalité ne saurait être définie, et que, particulièrement en ce qui concerne les actes de l'intelligence proprement dite, tels que les actes moraux, elle n'a rien d'absolu. Il s'agit alors d'espèces sur lesquelles il est impossible de porter un jugement général *a priori* ; elles procèdent de circonstances vraiment trop multiples, trop changeantes, trop conventionnelles et trop inhérentes à des conditions variables de société, de famille, d'éducation, pour être l'objet d'une définition rigoureuse. Leur appréciation, en ce qui concerne les dégénérescences, est tout entière laissée à l'observateur ; les bases de son jugement ne reposent sur rien de fixe ou d'indiscuté.

Mais cette assertion ne s'applique pas, en tout cas,

au fonctionnement proprement dit des facultés intellectuelles, qui sont autant de propriétés de la cellule cérébrale et dont le jeu est réglé par des lois assez bien connues: telles la mémoire, l'association des idées, la perception, l'attention, etc. Ce sont là des propriétés élémentaires dont le jeu régulier assure la régularité des opérations de synthèse qui constituent les facultés supérieures : généralisation, jugement, etc. Mais si l'on peut définir la physiologie normale de ces facultés élémentaires, qui sont des phénomènes essentiellement subjectifs, on n'en peut dire autant des opérations de synthèse qui sont formées d'éléments essentiellement objectifs et contingents. C'est le cas pour les notions et les jugements relatifs à la moralité. Nous prendrons un exemple pour fixer les idées. Le principe en vertu duquel l'homicide est qualifié de crime et d'acte immoral dans une société civilisée est purement conventionnel et contingent. Or, la succession des opérations intellectuelles dont la conséquence fut l'énoncé de ce principe, s'est effectuée aussi normalement que celle qui préside à l'énoncé du principe contraire admis dans certaines peuplades sauvages. Nous ne sommes pas autorisés à déclarer que le cerveau du sauvage qui conçoit comme moral un acte que nous considérons comme crime, soit moins normal que le nôtre. D'où il suit que deux cerveaux à fonctionnement exactement pareil et normal, mais dont les acquisitions ont été différentes peuvent aboutir à des conceptions diamétra-

lement opposées. Conséquemment les jugements que nous portons en classant le crime homicide parmi les anomalies de la moralité, comme tous ceux que nous portons sur les actes de la moralité, en général, sont essentiellement relatifs. Et lorsque l'aliéniste considérera, à juste titre, certaines déviations du sens moral comme des indices de dégénérescence, il ne le fera jamais qu'en vertu d'une définition conventionnelle de la moralité, et non en vertu d'un principe absolu. Lorsqu'il analysera le fonctionnement de l'axe cérébro-spinal pour y découvrir une anomalie, il pourra le faire au moyen de principes fixes; lorsqu'il voudra juger au contraire la valeur des produits de certaines opérations intellectuelles compliquées, il lui faudra d'autres éléments d'appréciations qu'il puisera dans ses propres acquisitions et qui n'auront jamais qu'une précision relative. Indiscutables scientifiquement dans le premier cas, ses conclusions seront toujours plus ou moins discutables dans le second.

Cela dit, voyons ce qui s'observe chez le dégénéré. La note caractéristique de son état mental réside dans la disparition de cet équilibre, de cette harmonie de fonctionnement entre les divers centres dont nous venons de parler. Au fonctionnement normal se sont substituées des anomalies de fonctionnement. Le dégénéré est un *déséquilibré*. Tel est le terme général dont on peut qualifier son état. Nous prendrons encore un

exemple pour mieux faire toucher du doigt ce qu'est cette déséquilibration.

Nous avons vu tout à l'heure les conditions normales de l'importante fonction de reproduction. Chacun des facteurs qui y concourt peut être ou perverti, ou annihilé ou au contraire exagéré; cette destruction de l'harmonie qui existe entre tous ces facteurs et qui préexiste à l'accomplissement de la fonction laissera la place aux anomalies les plus singulières en même temps que les plus variées. Les centres spinaux sont-ils inhibés, l'érection ne peut se produire en temps utile; sont-ils surexcités ou fonctionnent-ils automatiquement, c'est le satyriasis qui se produit. Les centres sensitifs fonctionnent-ils en s'affranchissant du contrôle des centres psychiques, l'instinct sexuel se manifeste dans toute son intensité et réclame impérieusement satisfaction, c'est l'origine de certains accès impulsifs de nymphomanie chez les femmes. Sont-ils inhibés, l'instinct sexuel ne se révèle jamais: c'est la frigidité. L'intelligence elle-même présente les anomalies les plus étranges en ce qui concerne l'acte sexuel. L'individu trouve alors son excitant habituel, non plus dans un être de sexe contraire qu'il a choisi, mais souvent dans un être de son sexe (inversion du sens génital, pédérastie), dans la fréquentation des animaux (bestialité), d'êtres inanimés (nécrophilie), dans l'usage de choses inanimées (tabliers blancs, rubans rouges, etc.). Les centres psychiques fonctionnent-ils sans la coopération

des centres sensitifs et spinaux ; c'est le cas de ces amoureux contemplatifs, rêveurs, chercheurs d'idéal, absolument détachés de l'acte sexuel qui leur répugne. Voilà quelques exemples qui mettent en relief les conséquences de la rupture de l'équilibre physiologique régnant entre plusieurs centres dont l'action concourt normalement à un but déterminé. Que l'on porte par la pensée le désarroi dans d'autres fonctions, et l'on imaginera sans peine les multiples anomalies qui en résulteront.

Telle est la déséquilibration dont nous retrouverons la trace, à un degré quelconque, chez tous les dégénérés ; elle constitue la base de leur état mental. Elle consiste en somme dans une absence d'harmonie entre les diverses fonctions, dans une absence de synergie entre les différents centres dont la coopération s'adapte, en temps normal, à des objets déterminés. Plus de synergie, plus d'adaptations régulières, ou adaptations incomplètes, inefficaces et sans but. C'est le désarroi le plus complet dans tout l'axe nerveux.

La cause immédiate de cette déséquilibration, son mécanisme, sont faciles à concevoir. Certains centres possèdent un tonus exagéré, tandis que d'autres fonctionnent encore normalement, ou que d'autres fonctionnent mal. Les premiers exercent sur les autres une action inhibitoire qui dépasse la moyenne normale et qui peut aller même jusqu'au phénomène d'arrêt. C'est un véritable automatisme de ces centres qui fonctionnent

ainsi sans arrêt et sans contrôle pendant un temps indéterminé, jusqu'à l'intervention d'une nouvelle action inhibitoire ou modératrice. C'est là le secret de la plupart des obsessions et impulsions pathologiques qui surgissent au sein d'une conscience parfaitement lucide. C'est aussi le mécanisme de ces pensées et actions étranges, mal reliées entre elles, illogiques, sans but apparent, ou dont le but est insuffisamment dessiné, et dont la manifestation est proche de l'obsession et de l'impulsion. Dans d'autres circonstances certains centres ont disparu ou même n'ont jamais existé; leur fonction disparaît conséquemment et le malade donne l'idée d'un être incomplet. Le type le plus parfait de ce genre est l'idiot.

En somme, le mécanisme de la déséquilibration peut se résoudre dans trois termes :

1° Destruction ou arrêt de développement de certains centres ;

2° Suractivité momentanée ou durable de certains autres ;

3° Diminution momentanée ou durable de l'activité de certains autres.

Les conséquences immédiates de ce désarroi sont :

1° La suppression de certaines fonctions;

2° L'automatisme des centres surexcités;

3° L'inhibition exagérée exercée sur les centres moins valides.

Toutes ces séries de phénomènes se combinent, se

succèdent, se suppléent de mille manières, de telle sorte que chez le dégénéré type, chez le déséquilibré parfait, le médecin assiste à une véritable *ataxie* cérébro-spinale (ce mot est pris dans son sens générique) : ataxie de la pensée; ataxie des sentiments; ataxie de la volonté; ataxie des fonctions psychomotrices; automatisme médullaire, etc.

S'il était possible de se représenter schématiquement la conformation cérébrale de ce type morbide, on pourrait concevoir son cerveau comme constitué par une série de saillies d'inégal volume représentant les différents centres normaux et exagérément développés, séparés çà et là les uns des autres par des lacunes, de véritables pertes de substance indiquant la place des centres atrophiés ou arrêtés dans leur développement normal. C'est bien ainsi, en effet, qu'apparaît cliniquement le dégénéré; ici, prédominent une ou plusieurs facultés; elles sont parfois tellement exubérantes qu'on a pu désigner leurs possesseurs du nom de *génies partiels*; là, au contraire, on constate de profondes lacunes, l'absence d'une ou plusieurs facultés, une inaptitude flagrante du sujet à l'égard de certains objets, inaptitude d'autant plus remarquable qu'elle contraste avec des qualités voisines supérieurement développées.

On conçoit par là que, si l'attitude clinique du dégénéré peut être la résultante d'un bouleversement général de l'équilibre cérébro-médullaire, elle peut résulter aussi d'un manque partiel d'équilibre entre un nombre

plus ou moins grand de centres. Ce qui revient à dire que la déséquilibration reconnaît des degrés; que, depuis l'idiot représentant l'état parfait de déséquilibration et l'état le plus complet de dégénérescence, jusqu'au dégénéré simple n'offrant que quelques lacunes cérébrales, existe toute une échelle de cas intermédiaires aussi nombreux que les dégénérés eux-mêmes. L'un est faible d'intelligence, l'autre est doué d'une émotivité exagérée: un autre est obsédé; un autre encore est impulsif; un autre enfin a de simples tics qui dénotent un fonctionnement anormal de la région psycho-motrice. Le trouble fonctionnel peut être plus partiel encore, et n'atteindre que des facultés très élémentaires, comme la mémoire, etc. Ces stigmates psychiques de l'état dégénératif offrent la même diversité que les stigmates somatiques : très développés chez les uns, ils existent à peine chez les autres. Pas un dégénéré ne ressemble absolument à un autre, en apparence du moins: car tous sont pourtant des déséquilibrés, à des degrés divers, c'est-à-dire des malades que relie entre eux un même trouble élémentaire.

Il est à peine besoin d'indiquer que le degré de déséquilibration correspond à un même degré de déchéance dans l'ordre dégénératif. Ce degré de déchéance est lui-même en relation exacte avec l'intensité des facteurs de la dégénérescence.

Nous avons décrit jusqu'à présent les caractères généraux de l'état mental du dégénéré. Ces caractères

sont universels et immuables : il n'existe entre un malade et un autre qu'une différence de degré, car au fond, en dépit des apparences extérieures, tous les phénomènes observés se ramènent à une cause et à un mécanisme de même nature.

Si l'on quitte l'étude des caractères d'ensemble pour entrer dans l'analyse des symptômes, on reconnaît que l'on peut scinder, pour plus de clarté, l'immense classe des dégénérés et établir entre eux des catégories basées sur la prédominance de tels ou tels phénomènes morbides. Un certain nombre de types de dégénérés qui, cliniquement, offrent des physionomies peu différentes sont ainsi très bien définis.

Un premier genre, très vaste encore, comprend les *déséquilibrés de l'intelligence*. On peut dire, d'une façon générale, qu'il existe chez tous les dégénérés un fond commun de pauvreté intellectuelle. Mais cette pauvreté elle-même présente des degrés à chacun desquels correspond un type particulier de malades. Le plus inférieur de ces types, celui chez lequel l'intelligence n'est que rudimentaire, est l'*idiot*. Dans ce cas le malade reste confiné dans sa moelle. Les centres sensitifs sont eux-mêmes à peine développés; les sensations sont bornées; les perceptions presque nulles; les acquisitions très rares. Les centres psychiques, frappés d'arrêt de développement, ne peuvent rien par eux-mêmes. Seraient-ils d'ailleurs organisés pour

un fonctionnement régulier, qu'ils seraient privés de l'aliment nécessaire à leur entrée en fonction, de ce bagage de multiples sensations que nous avons dit être à peu près nul. Chez l'idiot donc, rien ou à peu près rien d'intellectuel. Sa vie n'est qu'une succession de réflexes provoqués par les excitations extérieures ou intérieures, réflexes qui n'ont point d'aboutissant dans les centres psychiques, et qui n'y provoquent aucun travail. Être instinctif par excellence, il se défend à la manière des animaux les plus inférieurs; il n'acquiert jamais de personnalité; c'est une machine automatique.

Les idiots forment une catégorie très tranchée. Au-dessus d'eux prennent rang des êtres dont l'intelligence s'est développée, mais d'une manière très inégale, et surtout très incomplète; ce sont les *faibles d'esprit*, les *débiles*, les *arriérés*. Les aptitudes intellectuelles de ces êtres sont très variées. Ils forment une longue suite d'individualités superposées, depuis l'idiot complet jusqu'au dégénéré intelligent que nous retrouverons tout à l'heure. Les plus inférieures, très proches de l'idiot, quoique très différentes des plus supérieures, elles-mêmes très proches du dégénéré intelligent, sont cependant reliées les unes aux autres par des caractères communs. Dans ce groupe les facultés intellectuelles élémentaires peuvent acquérir tout leur développement; le débile a la faculté d'acquérir les notions les plus diverses et même les plus

compliquées; il est capable de recevoir et de conserver toutes les empreintes, mais sa pauvreté se révèle à l'égard des facultés dites supérieures; il n'a pas le pouvoir de synthèse; le raisonnement, la généralisation et surtout le jugement sont marqués au coin de l'insuffisance la plus absolue. S'il peut tout acquérir, il ne sait rien tirer de ses acquisitions, il ne crée pas. Ses facultés élémentaires lui donnent des éléments qui restent improductifs. S'il reçoit beaucoup, il ne donne pas. Il est incapable de ces grandes conceptions, de ces intuitions que seul l'exercice des facultés supérieures peut engendrer. Cela est vrai pour tous les simples d'esprit, à quelque échelon qu'ils appartiennent. Mais on conçoit combien de variétés peuvent s'observer; les conditions sociales, l'éducation, etc., sont d'ailleurs des facteurs susceptibles non seulement de les multiplier encore, mais de les modifier profondément.

Les débiles les plus inférieurs, que l'on qualifie encore d'*imbéciles*, n'ont qu'une intelligence minime, dont les simples rouages les rapprochent de l'animalité. Le débile supérieur peut être au contraire un individu brillant, offrant toutes les illusions de l'intelligence la mieux pondérée, mais dont l'insuffisance ne manquera jamais d'éclater partout où le jugement formulera des conclusions.

Au-dessus du simple d'esprit, prend rang ce déséquilibré qu'on a qualifié du nom de *dégénéré supé-*

rieur. Chez lui, les facultés, dites supérieures, de l'esprit, ont acquis un grand développement; mais les bizarreries multiples d'adaptations de ces facultés révèlent, en même temps que leur développement parfois très inégal, un véritable désordre fonctionnel. On peut dire de ce dégénéré qu'il posséderait les éléments nécessaires pour devenir un être bien pondéré, s'il lui était possible de diriger constamment sa pensée et ses actes vers une fin convenable. Chose remarquable, il fait une besogne défectueuse avec un instrument dont les rouages sont souvent complets et bien construits. Ses moyens, si puissants qu'ils soient, restent partiellement inutilisables, parce qu'il n'a pas le pouvoir de les orienter, de les coordonner. C'est donc, chez lui, un contraste perpétuel entre la valeur réelle de ses aptitudes natives et son impuissance non moins originelle à en tirer parti; les pensées et les actes sont dans une constante antithèse; l'homme d'hier n'est pas celui de demain. Partout le manque de logique, l'absence de suite dans les idées; le raisonnement le plus irréprochable aboutit aux actions les plus incohérentes; la petitesse des déterminations efface la grandeur des conceptions. Parfois fluctuant, indécis sans motif plausible, le déséquilibré étonne parfois au contraire par un entêtement que rien ne dompte; on voit les actions les plus arrêtées procéder soudainement des pensées les plus vagues.

La perte de l'équilibre mental résulte encore de

l'exubérance de telles ou telles facultés. Elles peuvent prédominer au point de confiner au génie, et l'on sait que l'on a cru voir, à tort bien souvent, dans les manifestations géniales de l'esprit une preuve de déséquilibration. De fait, on rencontre souvent une extraordinaire fécondité de l'imagination, mais, non moins souvent, elle coexiste avec des conceptions d'une étroitesse surprenante. A côté d'idées transcendantes, on voit des préoccupations infimes; les théories morales les plus quintessenciées et les plus sincères contrastent avec des actes d'indélicatesse. L'artiste gâtera ses œuvres par des conceptions incohérentes et déplacées; le poète prostituera son talent à des objets sans valeur. Enfin, comme le débile, le dégénéré supérieur n'est pas déséquilibré que de l'intelligence; les autres territoires participent au désordre. Le malade peut alors perdre son pouvoir de contrôle et de régularisation sur des sentiments, des affections, des penchants devenus eux-mêmes exubérants. Malgré son développement intellectuel, le malade peut être le jouet de ses passions, des impulsions instinctives les plus grossières, qu'il ne peut maîtriser et qui lui donnent toutes les apparences de l'immoralité.

Ces quelques traits suffisent pour mettre en relief l'état mental du dégénéré supérieur. Ils justifient pleinement les épithètes de bizarres, d'écervelés, d'excentriques, d'originaux qui servent à les désigner encore, soit dans le langage courant, soit même dans le langage

scientifique. Ils comprennent tous ces individus, qui, à la faveur de leur intelligence et de l'intégrité ordinairement complète de leur conscience, fait qui les distingue des maniaques raisonnants, ont été rangés par quelques auteurs sur les frontières de la folie, si tant est qu'un homme puisse être autre chose qu'aliéné ou non aliéné. Cette idée reflète, par son indécision même, les doutes et les discussions sans nombre que le dégénéré fait naître chaque jour au sujet de son degré de responsabilité. Il est clair que son manque d'équilibre et sa remarquable activité cérébrale doivent le mettre à chaque instant en conflit avec les usages reçus et par suite avec les tribunaux.

Le tableau que nous avons retracé du déséquilibré est bien la reproduction fidèle de sa conformation mentale. mais il n'est, bien entendu, qu'un schéma synthétique. Beaucoup le réalisent complétement; le plus grand nombre le réalisent leur vie durant; d'autres n'exécutent qu'une partie du programme; mais d'autres le conservent à l'état latent, à l'état de puissance, pendant toute leur vie, et ne le révèlent qu'à la faveur d'une occasion propice. Ils ont, en dehors de ces occasions, toutes les apparences des individus normaux. L'influence des causes déterminantes est ici très puissante, nous en reparlerons plus loin.

Nous avons terminé l'esquisse des déséquilibrés de l'intelligence. Ils constituent bien des types cliniques à part, qu'il était nécessaire de grouper ensemble. Beau-

coup de dégénérés ne sont jamais en effet, que pauvres d'esprit; partout ailleurs que dans l'intelligence proprement dite, persiste un équilibre suffisant, quoique foncièrement instable. Idiots, débiles et dégénérés supérieurs sont reliés par un trait commun, leur insuffisance intellectuelle. Tous les dégénérés peuvent prendre place dans une de ces trois catégories, c'est ce qui nous a fait dire plus haut, que chez tous existait un fond d'indigence intellectuelle.

Mais on peut relever à l'actif de certains dégénérés des caractères morbides plus saillants que la déséquilibration de l'intelligence, et qui justifient d'autres groupements.

En face des déséquilibrés de l'intelligence, on peut décrire les *déséquilibrés de la sensibilité*, les *émotifs*, comme ils sont encore appelés quelquefois. Véritables sensitives, ces malades réagissent avec la plus grande énergie en face de toutes les causes qui mettent en œuvre le côté émotionnel de leur individualité : causes physiques et surtout causes morales.

Leurs modes de réaction sont de deux ordres : la *dépression*, l'*excitation*. A la première appartiennent ces cas nombreux d'hypochondrie morale, ces états de perplexité indéfinissable dans lesquelles vivent perpétuellement les malades soumis aux causes vulgaires de dépression simple : chagrins, revers de fortune, etc. Le même groupe comprend une infinité d'hypochondriaques pour qui les plus insignifiantes sensations

corporelles deviennent un thème à interprétations, à préoccupations tristes, et souvent l'origine d'idées délirantes.

D'autres dégénérés réagissent par l'excitation. Leur réflectivité est telle qu'à la moindre sollicitation leur cerveau est en proie à un éréthisme qui se traduit par une très vive irritabilité, des emportements violents, des actes dont la brusquerie est telle qu'ils paraissent irraisonnés et impulsifs, des susceptibilités de toute nature. Aucune force ne règle un pareil état d'émotivité; le raisonnement et la volonté sont impuissants; les dérivatifs, à quelque ordre qu'ils appartiennent, ne produisent aucun effet utile.

Mais les plus intéressants parmi ces malades à émotivité exagérée sont évidemment les *obsédés*. Chez eux, les sensations, les images, les perceptions s'impriment à certains moments avec une telle intensité, qu'elles se répercutent pendant un temps souvent fort long, produisant des phénomènes d'inhibition caractéristiques de l'obsession consciente. Ces phénomènes ont une physionomie si particulière qu'ils méritent une étude approfondie. Ils stéréotypent à proprement parler l'état de déséquilibration, et formeront un appendice nécessaire à notre description de l'état mental du dégénéré.

Les anomalies du sentiment ne sont pas seulement une question d'*intensité*, mais aussi de *qualité*. Comme dans la sphère intellectuelle, on observera dans la sphère de la sentimentalité les désordres les plus complexes :

des troubles de l'affectivité poussés ici jusqu'à un altruisme exagéré, une philanthropie ridicule s'exerçant même au détriment des intérêts les plus puissants; là, au contraire, des altérations de l'affectivité se traduisant par un égoïsme excessif, un affaiblissement de l'amour des siens, etc. D'autres fois le besoin impérieux de satisfaire une passion, un penchant, un instinct exercera un pouvoir dominateur sur le malade, étouffera les autres sentiments et résistera au contrôle régulateur de l'intelligence et de la volonté. Les passionnés de toute espèce, joueurs, jaloux, etc., rentrent dans ce cadre.

L'exercice exagéré d'une passion, l'exubérance de sentimentalité qui y prédispose, ne vont guère sans une altération de ce qu'il est convenu d'appeler le sens moral. Quelque idée que l'on se fasse de la moralité, et quelque base, évidemment conventionnelle, que l'on reconnaisse à la morale, il est certain que l'homme normal naît avec une conformation cérébrale telle qu'il est apte, grâce à l'éducation qu'il reçoit dans son milieu social, à s'assimiler très vite les règles de morale admises dans ce milieu. Cette aptitude n'est qu'un dépôt cérébral dû évidemment aux acquisitions ancestrales, qui se sont accumulées peu à peu dans le cours de l'évolution de l'espèce. L'homme apprend la morale comme il apprend à marcher, comme il rompt son corps à des habitudes qui ne se retrouvent pas dans l'état de nature. Or certains déséquilibrés du senti-

ment naissent conformés de telle sorte, que jamais ils ne peuvent s'assimiler les règles de morale en vigueur dans leur milieu habituel. S'ils les connaissent, ils ne les sentent jamais, elles ne répondent à rien dans leur esprit, c'est pour eux une langue qu'ils ne comprennent pas. Ces dégénérés qui forment un groupe des plus intéressants, surtout au point de vue social, ont été qualifiés justement du nom de *fous moraux*.

Ces altérations du sens moral offrent bien des degrés, depuis son simple obscurcissement jusqu'à son atrophie complète, depuis son annihilation passagère, comme dans les cas où, momentanément, les passions, les instincts exercent leur puissance tyrannique, jusqu'à sa disparition absolue pendant toute la vie, constituant alors une véritable infirmité dangereuse. Dans cette catégorie d'altérations de la sensibilité, la conscience du malade disparaît complétement. Nulle part ailleurs, si ce n'est au cours des folies délirantes à système complexe, cette haute fonction ne présente de perturbations aussi profondes.

On voit que si les déséquilibrés de l'intelligence ont une physionomie bien spéciale, les déséquilibrés du sentiment ne sont pas moins typiques.

Aux déséquilibrés de l'intelligence et de la sensibilité, on peut joindre les déséquilibrés chez lesquels la *volonté* apparaît plus spécialement lésée dans son fonctionnement.

Ils constituent des types cliniques bien nets, ce sont

les *impulsifs*. Il ne s'agit ici évidemment que d'apparences cliniques, car la volonté n'est pas une faculté dévolue à telle circonvolution plutôt qu'à telle autre. Aussi l'impulsif est-il toujours insuffisant, soit dans la sphère des opérations intellectuelles, soit dans la sphère du sentiment, mais chez lui, les déterminations dites volontaires, et sur le mécanisme physiologique desquelles nous n'avons pas à insister ici, se montrent particulièrement impuissantes; l'automatisme se montre dans ce qu'il a de plus absolu. D'où résultent des syndromes morbides si caractéristiques, qu'ils justifieront dans un autre chapitre une description spéciale.

Parfois absolument isolées en tant qu'actes morbides, comme il arrive au cours de l'épilepsie à cela près que la conscience conserve toute sa lucidité, les impulsions des dégénérés sont le plus souvent liées à des obsessions préexistantes, dont elles sont la conclusion comme l'acte l'est de la pensée. A cet égard, obsession et impulsion sont deux phénomènes de même nature que nous décrirons parallèlement. Nous n'avons mentionné ici l'impulsion que pour compléter l'esquisse que nous faisons des dégénérés, et aussi parce que l'impulsion peut se présenter seule, à l'état de pureté, comme l'expression par exemple de l'automatisme subit et irrésistible d'un centre moteur (centres moteurs cérébraux, région psycho-motrice, tics, centres moteurs médullaires, etc.) Dans ces conditions les autres centres susceptibles de produire le phénomène d'arrêt

conscient et voulu (acte volontaire), sont réellement inhibés.

Nous avons, pour fixer les idées et donner à notre description plus de clarté, fragmenté le groupe des dégénérés en un certain nombre de genres où se trouvent réunis les types que caractérise une même série de symptômes prédominants. Mais tous ces types, ne l'oublions pas, idiots, imbéciles, débiles, dégénérés intelligents, excentriques, originaux, émotifs, hypochondriaques, fous moraux, obsédés, impulsifs, etc., tous sont les mêmes quant au fond ; la forme extérieure seule diffère. Tous ces aspects, si variés qu'ils soient, sont réductibles à une seule modalité psychopathique, la déséquilibration, ce sont autant d'apparences sous lesquelles se cache une seule et même individualité, le dégénéré.

CHAPITRE VI

ÉVOLUTION DU DÉGÉNÉRÉ. SES RÉACTIONS CONTRE LES MILIEUX AMBIANTS. LES CAUSES ACCESSOIRES DE SA DÉSÉQUILIBRATION.

SOMMAIRE. — Le dégénéré à la naissance, dans la première et la seconde enfance. — Mortinatalité, mortalité précoce. — Incidents physiologiques et pathologiques. — Défaut d'équilibre manifeste dès cette époque. — Lenteur, irrégularité de l'évolution infantile. — Le dégénéré à la puberté et à l'adolescence. — L'épreuve scolaire. — La vie génitale. — Le dégénéré adulte. — La lutte pour la vie. — Le milieu social; facteurs sociaux, physiques et physiologiques de déséquilibration. — Réaction du dégénéré contre le milieu et inversement du milieu contre le dégénéré. — Professions, maladies incidentes; intoxications. — La folie. — Le dégénéré sénile.

Nous nous sommes efforcés jusqu'ici de décrire les caractères généraux des dégénérés, tels qu'ils se dégagent de l'observation clinique. Mais l'histoire de ces malades comporte encore un grand nombre de particularités importantes à signaler. Nous suivrons maintenant l'évolution du dégénéré depuis sa naissance jusqu'à sa mort; nous mettrons en relief les divers aspects qu'il présente à tous les âges de sa vie; nous l'étudierons dans sa lutte contre les causes surajoutées de la déséquilibration qui s'échelonnent successivement autour de lui; nous verrons quels sont ses modes de

réaction en face de la maladie, des processus physiologiques normaux, des influences morales, etc. C'est, en un mot, le dégénéré aux prises avec les milieux extérieurs que nous envisagerons surtout.

Taré dès l'origine, le dégénéré doit tout naturellement être porteur, dès la première enfance, des signes témoins de son état pathologique. Les stigmates de la dégénérescence apparaissent, en effet, de très bonne heure, et cette constatation est d'une importance énorme en ce qu'elle peut faire prévoir les divers incidents morbides qui se succèderont plus tard, de même qu'elle jette rétrospectivement une vive lumière sur ces mêmes incidents, lorsqu'ils arrivent à l'observation. Bien des syndromes, bien des délires n'acquerront, en effet, leur véritable signification, que si l'on sait les relier aux troubles observés dans le passé, en se servant des indications générales que nous avons données jusqu'ici et de celles qui vont suivre.

Un bon nombre de dégénérés ne vivent pas. La *mortinatalité*, dans laquelle on peut englober les naissances avant terme suivies de mort et les avortements, est, en effet, un des attributs de la dégénérescence héréditaire. Elle se produit, est-il besoin de l'ajouter, par suite de l'existence chez les générateurs de tares assez puissantes (alcoolisme, syphilis, etc.) pour engendrer chez le produit des lésions incompatibles avec la vie. Dans d'autres circonstances, également fréquentes, le

jeune dégénéré vit peu pour des raisons analogues. La mortalité est très grande dans le premier âge chez cette catégorie de malades. Ils naissent avec une santé précaire. soit avec des lésions graves, de nature tuberculeuse, syphilitique ou autre, soit sans lésions proprement dites, mais avec une résistance physiologique très amoindrie. Beaucoup succombent alors à la suite de complications méningitiques. Ces faits justifient les données de certains auteurs qui affirment la diminution de la durée moyenne de la vie chez les dégénérés.

Ceux qui vivent vont nous donner dès la première enfance des preuves de leur insuffisance. En dehors de leur tendance très nette aux affections scrofuleuses et plus tard tuberculeuses qui les signale déjà à l'attention, cette insuffisance se traduit encore par deux faits principaux : la difficulté et le retard de l'évolution infantile. La *dentition*, la *marche*, le *langage* sont les trois phénomènes physiologiques dont l'altération frappe le plus.

Les *dents* apparaissent en général tardivement et d'une façon irrégulière, certaines n'apparaissent même jamais ; elles affectent des dispositions vicieuses dont les modes varient à l'infini et dont la description détaillée dépasserait le cadre de ce travail. Elles portent des lésions de divers ordres et sont souvent de bonne heure frappées de carie.

Le retard et la difficulté de la *marche* traduisent au dehors la faible éducabilité de la moelle qui ne par-

vient qu'après beaucoup d'efforts à coordonner les mouvements complexes, et à les adapter à leur fonction correspondante. Il n'est pas rare de ne voir marcher l'enfant que vers 2, 3 et 4 ans.

Le *langage* est une fonction si complexe qu'il n'est pas extraordinaire de le voir altéré dans tous ses modes. Le plus souvent il s'acquiert avec la plus grande lenteur. Les images des mots se fixent mal dans la mémoire ; le bagage verbal, longtemps insuffisant, ne permet pas au langage intérieur de se constituer. Quant à son expression elle est aussi troublée : le bégaiement, la blésité et ses multiples formes en témoignent. Certains enfants en restent au stade écholalique de la formation du langage.

Dans le même temps l'*évolution de l'intelligence* subit le même retard. Elle est lente, laborieuse. Cette lenteur n'est que la conséquence de l'inaptitude des divers centres à recueillir et à conserver les diverses perceptions, base première des opérations intellectuelles. La faculté d'assemblage ou de synthèse est elle-même inhabile et difficilement éducable. D'autres fois les facultés intellectuelles se développent en temps régulier et avec leur acuité normale, mais déjà apparaît, dans l'inégalité des aptitudes, dans maintes anomalies, le défaut d'équilibre que nous avons décrit. Dans presque tous les cas on peut observer un manque de parallélisme entre l'évolution physique et l'évolution intellectuelle des jeunes dégénérés; la prépondérance appartenant tantôt à l'une, tantôt à l'autre.

Au cours de cette évolution, le système nerveux se révèle déjà comme un *locus minoris resistentiæ*, le point faible de l'individu, le plus vulnérable à l'endroit des plus minimes causes.

Les incidents physiologiques de cette période s'accompagnent fréquemment de réactions cérébro-médullaires. L'*éclampsie* au cours de la dentition par exemple est une des manifestations les plus communes de l'état dégénératif. Les *maladies aiguës*, les *pyrexies* se compliquent de troubles cérébraux et de *convulsions*; les moindres affections internes provoquent, de la part de ce système nerveux en état de susceptibilité permanente, les réactions les plus inattendues.

Plus tard et dans le cours de la seconde enfance se montrent des troubles de plus en plus caractéristiques de l'intelligence, des *anomalies du caractère*, impulsions, violences, colères, indiscipline, souvent déjà des anomalies étranges de la sensibilité morale, que l'on trouve réfractaires à tout redressement, des actes instinctifs ou pervers, le vol, la brutalité, la cruauté même, etc.... On voit encore se manifester quelquefois, fait capital, de véritables *obsessions*, avec leur caractère d'irrésistibilité et de conscience, aussi nettement délimitées que celles observées communément à un âge plus avancé.

Avec cet état de l'intelligence coïncide très souvent une très vive *impressionnabilité*. Elle se traduit par des craintes non motivées, des appréhensions extraor-

dinaires à l'égard de certains objets, des antipathies inexplicables, des sympathies exubérantes; enfin les terreurs nocturnes sous toutes les formes en sont un sérieux témoignage.

La *moelle* déséquilibrée joue son rôle sur la scène. Si d'une part certains centres fonctionnent déjà automatiquement avec une grande énergie, d'autres restent inertes ou fonctionnent par intermittence. L'*onanisme* simple, dépourvu à cet âge de tout complément intellectuel ou sensitif cérébral et l'*incontinence des matières* mettent ces deux faits en évidence.

Enfin, dans cette période de la vie, on voit en général apparaître certains *phénomènes morbides d'ordre moteur ou sensitif*, phénomènes graves, laissant des traces indélébiles, en rapport avec des phlegmasies partielles ou générales des méninges. Ces phlegmasies ne sont elles-mêmes le plus souvent que l'extension ou l'aggravation des lésions apportées en naissant; elles se traduisent par des paralysies diverses, des spasmes, des convulsions, hémiplégie, monoplégie, paraplégie, hémiathétose, hémichorée, épilepsie symptomatique, etc.

Pendant la *seconde enfance* jusqu'à la puberté la situation reste sensiblement la même. Pourtant à ce moment l'intelligence subit une nouvelle épreuve, celle de l'*éducation scolaire*. Jusque-là, le dégénéré, à quelques défauts d'équilibre près, a pu se montrer suffisant; sa débilité ne se révèle qu'à l'école, lorsqu'il

se trouve aux prises avec des opérations plus délicates, sollicitant l'entrée en fonction de facultés plus élevées. Jusque-là le cerveau a tout reçu sans effort; lorsque l'effort devient nécessaire, lorsque l'intelligence doit donner sa mesure, rien ne se produit, ou bien à des efforts exagérés correspondent des acquisitions presque nulles. Dans d'autres circonstances, l'intelligence conserve toute son acuité, mais c'est ici que se révèle surtout l'inégalité des aptitudes; certaines facultés se développent brillamment, faisant des enfants de petits prodiges partiels, tandis que d'autres restent dans l'ombre.

Il faut noter encore à cette époque l'apparition de l'*épilepsie* qui vient compliquer fréquemment, on le sait, l'histoire des dégénérés.

Avec la *puberté* commence une nouvelle période des plus importantes de la vie des dégénérés. A mesure que ces êtres à équilibre instable avancent dans la vie, ils se trouvent soumis à un nombre croissant d'épreuves dont ils ressentent vivement le contre-coup. Le grand mouvement physiologique qui marque l'installation de la puberté et qui, chez les êtres normalement constitués, se traduit déjà par un bouleversement complet des fonctions intellectuelles et physiques, se complique chez les dégénérés d'accidents multiples et variés. Il est bien rare qu'un dégénéré, en supposant qu'il ait évolué normalement jusque-là, dépasse la puberté sans avoir donné

quelque témoignage des défectuosités de sa constitution.

C'est l'époque où commence la *vie génitale*; la fonction sexuelle est appelée à jouer un rôle prépondérant chez le dégénéré; elle présentera chez le plus grand nombre de curieuses anomalies. Dès la puberté, l'intelligence réagit déjà d'une façon spéciale en face de l'instinct sexuel. Des troubles variés de l'intelligence et du caractère marquent l'installation de la menstruation; ils se répètent parfois à chaque époque menstruelle et consistent, dans les cas les plus simples, en *modifications de l'humeur*, phénomènes qu'on désigne quelquefois du nom vague de nervosisme. D'autres fois ce sont de franches attaques d'*hystérie*; elles marquent le début d'une névrose qui, comme l'épilepsie, complique souvent la dégénérescence mentale. D'autres fois ce sont des troubles plus spécialement intellectuels, des impulsions, des *obsessions* et surtout des crises délirantes que l'on a décorées du nom de *folies menstruelles*. Ces états d'aliénation, comme les autres syndromes, puisent souvent leurs éléments constitutifs dans la sexualité, témoin l'importance prépondérante acquise par les fonctions génitales à ce moment, mais ces éléments sont loin d'être exclusifs des autres, et lorsque la menstruation devient prétexte à délire, *celui-ci peut affecter toutes les formes possibles*.

Dans les deux sexes, l'essor de la fonction sexuelle

devient la cause fréquente de l'onanisme, simple ou réciproque, qui, à son tour, devient pour l'organisme une cause facile d'épuisement.

Les *anomalies*, les aberrations les plus étranges du *sens génital* peuvent se développer dès cette période. La fonction génitale elle-même s'installe à des époques très irrégulières, et ces irrégularités constituent autant d'anomalies. Elles est habituellement très précoce, en dehors des conditions de race ou de climat qui règlent quelquefois cette précocité. D'autres fois, au contraire, les sujets restent très tardivement neutres au point de vue sexuel, sans que pour cela les signes physiques de la puberté fassent défaut. On constate quelquefois même, chez des dégénérés bien constitués, l'absence totale de toute impulsion sexuelle; ils ne naissent jamais à la vie génitale. Enfin, dans d'autres circonstances, la fonction ne s'installe qu'avec les plus grandes difficultés, au bout d'un nombre d'années plus ou moins long; c'est dans ces cas surtout qu'on observe les désordres intellectuels et nerveux dont nous avons parlé. C'est aussi l'époque de ces *anémies* constitutionnelles, de ces *chloroses* graves qui sont pendant longtemps rebelles à toute thérapeutique, et qui puisent leurs origines dans une nutrition défectueuse, dépendant elle-même de troubles du système nerveux central.

En dehors des causes physiologiques de déséquilibration qui naissent dans la sphère génitale, la puberté

elle-même avec l'évolution cérébrale intense qui l'accompagne, engendre des accidents nombreux. C'est à elle qu'il faut rapporter la plupart des cas d'*aliénation précoce* qui s'installent chez les jeunes dégénérés, et dont il sera plus spécialement question à propos des délires. A la puberté appartiennent encore ces bizarreries mentales qu'on a qualifiées du nom d'*hébéphrénie*. Notons encore l'anéantissement précoce et définitif de l'intelligence chez un certain nombre de jeunes dégénérés, très lourdement tarés, dont la résistance cérébrale ne peut soutenir les efforts constants et de jour en jour plus nombreux de l'accommodation. Ils tombent dans la *démence* après une lutte plus ou moins longue, où l'on voit leurs facultés jusque-là bien développées, sombrer peu à peu dans le plus complet *deliquium*. Ceux qui résistent sont déjà ces mêmes déséquilibrés que nous allons retrouver à l'âge mûr.

Quand nous aurons mentionné la tendance très nette que présentent les jeunes dégénérés à commettre toutes sortes d'*excès*, tendance qui n'est qu'une des modalités de la déséquilibration, mais qui offre une importance énorme en raison de ses conséquences épuisantes, nous aurons signalé les points les plus saillants de l'époque de la puberté.

Avec l'*adolescence* et l'âge *adulte* commence la période la plus active de la vie. Celle-ci ne sera pas moins que les précédentes féconde en incidents. C'est

l'âge où le dégénéré fera choix d'une carrière, où, échappant aux diverses tutelles qui l'ont pu protéger et maintenir jusque-là dans les limites d'un équilibre raisonnable, il va entrer dans la vie libre qui sera plus d'une fois un danger pour lui ou pour autrui. Ayant désormais le droit et le devoir de se diriger lui-même, il va se montrer plus que jamais insuffisant. Plus que jamais il va se trouver aux prises avec les éléments extérieurs, avec maintes *causes accessoires de déséquilibration*, avec ces multiples incidents de la lutte pour la vie, qui sont déjà pour l'homme normal des causes d'amoindrissement, et qui, pour ces êtres mal armés pour la lutte, deviendront à chaque instant l'origine d'événements pathologiques. Mêlé à l'existence commune de la famille. jouant un rôle dans la société, possesseur d'une profession ou d'un métier, le dégénéré trouvera dans toutes ces conditions plus d'occasions qu'il ne lui en faut pour mettre en relief son activité morbide.

De ce choc journalier entre la prédisposition maladive et les causes accessoires résulteront les effets les plus variés, et c'est ici que ces deux facteurs déterminants acquerront une importance réciproque qu'il est bon de faire ressortir. Les causes accessoires de déséquilibration sont ici la véritable *pierre de touche* de la résistance cérébrale qui n'est elle-même que l'expression de la valeur du facteur prédisposition. L'importance des premières variera fatalement en raison inverse

de ce dernier, ce qui revient à exprimer cet axiome que plus la prédisposition est intense, moins l'action des causes surajoutées aura besoin d'être énergique pour produire un effet pathologique déterminé, ou encore, si une cause intense produit un effet insignifiant, la prédisposition doit être minime. C'est là une loi générale que l'observation clinique confirme journellement.

Les facteurs nouveaux qui vont intervenir sont de plusieurs ordres ; on peut les diviser en *sociaux*, *physiques* et *physiologiques*.

Les facteurs *sociaux*, les plus nombreux, comprennent tout ce qui se rapporte à la vie de société : famille, profession, politique, religion, amitiés, inimitiés, devoirs de citoyen et devoirs d'humanité, etc. L'accomplissement des obligations les plus élémentaires comme les plus compliquées fera naître toutes les exagérations possibles ou laissera le déséquilibré au-dessous de sa tâche. L'existence de chaque jour avec ses dangers, ses tentations, ses déboires, ses vicissitudes, constitue une véritable collection de causes morales contre lesquelles viendront se heurter et sombrer bien des intelligences. Si l'on considère que le dégénéré, grâce à son état mental, n'est pas seulement la victime de ces causes contingentes, mais qu'il va au-devant d'elles et souvent même les engendre, on comprendra en vertu de quelle fatalité il est destiné à verser dans l'aliénation. Cette catégorie de causes comprend la longue énumération des causes vulgaires de la folie que l'on voit figurer

dans les vieilles statistiques : amour contrarié, amour-propre blessé, chagrins, revers de fortune, religiosité, mysticisme, etc..., autant d'éléments qui n'agissent, on le sait, qu'à la faveur d'un terrain préparé, c'est-à-dire sur des cerveaux en état d'opportunité morbide.

L'étude que nous avons faite de l'état mental du dégénéré, nous donne l'explication du mécanisme à l'aide duquel tous ces moments étiologiques peuvent intervenir. Si, pour ce malade, le danger réside dans une intelligence faible, impropre à éclairer les déterminations, dans une imagination déréglée qui enfante çà et là les enthousiasmes les plus inconsidérés, les emballements les plus regrettables (théories politiques subversives, inventions burlesques, exagérations religieuses poussées jusqu'au mysticisme, jusqu'à l'ascétisme, etc.), le danger réside le plus souvent dans cette perpétuelle indécision, dans cette versatilité, dans cette absence d'énergie volontaire qui font du dégénéré le jouet facile de toutes les influences. Crédule, superstitieux, il est apte à subir toutes les suggestions et tous les entraînements; il est la victime habituelle de toutes les contagions morales. Dans les cas de folie communiquée, s'il peut être parfois l'élément actif, l'inventeur du délire, il en est le plus souvent l'élément passif. Les mœurs, les coutumes reçues, les lois du pays n'ont pas de plus énergique protestataire ; il s'insurge contre leurs qualités restrictives de la liberté; il ne les comprend pas ou se les assimile mal; encore un pas il sera

un processif. Tout devient matière à troubles cérébraux.

Le côté intellectuel de la vie sociale n'est pas le seul à provoquer la rupture de l'équilibre, son côté *sensationnel* est pour les dégénérés un péril de tous les instants. La sensation est le stimulant habituel et nécessaire du plus grand nombre. Beaucoup rechercheront ces excitants artificiels que la société met complaisamment à leur disposition. Les *poisons sociaux*, l'alcool, la morphine, la cocaïne recrutent leurs victimes parmi les déséquilibrés qui, par essence, sont des voluptueux, et pour qui la recherche de la jouissance sous toutes ses formes est un but instinctivement et constamment poursuivi.

Tels sont les facteurs sociaux en tant que causes surajoutées et déterminantes de déséquilibration chez le dégénéré. Il est facile de concevoir que ce malade sera à chaque instant sollicité par de multiples influences nouvelles, et que sa vie se résumera dans une lutte permanente contre ces éléments de désorganisation.

Comme aux époques précédentes de sa vie, le dégénéré adulte se heurtera à des agents *physiques* et *physiologiques* contre lesquels il réagira à sa manière. Il se montrera d'une sensibilité insolite à l'égard des facteurs *atmosphériques* et *telluriques* (changements de temps, électricité, etc.). Au cours des *maladies* les plus légères, le système nerveux ne restera pas indiffé-

rent; le délire, les hallucinations seront des symptômes fréquents; il en sera surtout ainsi au cours des maladies aiguës graves, dont les déterminations sur le cerveau et la moelle seront presque de règle. Les *maladies professionnelles* enfin retentiront sûrement sur ces organes.

Parmi les causes *physiologiques*, les plus influentes ici seront encore celles qui se rattachent de près ou de loin à la fonction sexuelle. Le pôle génital est celui autour duquel gravitent les actions de beaucoup de déséquilibrés. Cette importance énorme prise par la fonction sexuelle est pour le déséquilibré la source des plus graves désordres. Chez la femme particulièrement, la *grossesse*, l'état *puerpéral*, la *lactation* seront fréquemment la cause occasionnelle de troubles cérébraux (folie puerpérale).

Après les causes et leurs effets immédiats étudions les effets plus éloignés, dont l'importance est considérable pour l'individu lui-même et surtout pour la société. Chez l'individu la lutte constante ne tarde pas à épuiser une résistance déjà faible. Dans certains cas, les plus simples, il se produit un état de fatigue cérébrale extrême; tout labeur devient impossible où s'accompagne d'un état douloureux; toute aptitude cesse momentanément. C'est la *neurasthénie*, état de faiblesse irritable avec toutes ses conséquences. Beaucoup de neurasthéniques sont des dégénérés dont l'énergie cérébrale a momentanément cédé devant des causes accessoires.

Cette neurasthénie offre les mêmes caractères cliniques que celle qui survient chez les individus bien pondérés, à la suite de maladies graves ou de fatigues exagérées, mais elles naissent pour des causes de bien moindre importance; le véritable agent caché de l'épuisement est ici l'hérédité morbide.

Dans les cas plus graves, les dégénérés versent dans la *folie*. Celle-ci est l'épisode le plus marquant de leur histoire. Grâce à la fragilité de leur équilibre cérébral, le délire est chez eux constamment en puissance. Tant que l'influence des causes accessoires est contre-balancée par une résistance cérébrale originelle assez puissante, on n'observe que les épisodes caractéristiques de l'état mental du déséquilibré. Mais dès que cette résistance se trouve affaiblie pour une raison quelconque, souvent insignifiante, l'équilibre se rompt définitivement, la raison chancelle, la conscience s'obscurcit, le chaos règne dans les pensées, dans les sentiments et dans les actes, le délire s'installe avec les caractères spéciaux que nous lui décrirons ailleurs.

Cette aliénation marque ainsi le maximum que puisse atteindre la déséquilibration. Son époque d'apparition à l'âge adulte dépend de bien des causes; elle subit la loi que nous avons signalée déjà, et qui résulte des rapports réciproques entre l'intensité de la prédisposition et celle des causes déterminantes. Elle est généralement *précoce* et sujette aux *récidives*, deux caractères qu'il est aisé d'expliquer. Certains dégénérés

délirants ne récupèrent plus leur santé intellectuelle première et sont voués à la *démence*.

L'âge adulte est encore l'époque de floraison par excellence de ces épisodes morbides rangés par les auteurs sous la rubrique : *folie lucide* et qui comprennent ces *obsessions* et *impulsions* conscientes qui sont l'œuvre exclusive des dégénérés.

En dehors des délires variés et des états lucides dont il vient d'être question, l'aliénation affectera encore chez le dégénéré deux formes qui lui sont spéciales : la *manie raisonnante* et la *folie morale*, deux variétés très proches parentes dans lesquelles, aux divers modes de déséquilibration déjà mentionnés se joint un degré plus ou moins avancé d'inconscience. Il s'agira dans le premier cas d'une activité désordonnée, exubérante, d'un véritable délire des actes, et dans le second cas, de cette même activité, régnant alors dans le domaine des actes moraux et s'accompagnant d'aberrations du sens moral.

Telle est la situation du dégénéré dans la période active de sa vie. Elle n'est pas sans entraîner de fâcheuses *conséquences pour l'état social*. La société, après avoir précipité les conséquences de la déséquilibration originelle du dégénéré, subit le contre-coup de cette situation. Beaucoup de ces malades sont perdus pour elle dès la première heure, nous l'avons vu; d'autres sont immobilisés et deviennent des membres inutiles; ce sont les idiots et les imbéciles. Quant aux autres,

faibles d'esprit ou déséquilibrés simples, ils sont bien souvent une charge pour le pays, quand ils ne sont pas des êtres nuisibles. Capables de toutes les exagérations, insuffisants sur bien des points, citoyens médiocres, ils grossissent pour une large part la liste des déclassés et des dévoyés. S'ils ne sont pas frappés de stérilité, ils sont en tous cas des générateurs faibles et redoutables en ce sens qu'ils reproduisent de nouveaux dégénérés, et qu'ils sont par suite une source d'appauvrissement pour la race. Il ne faut pas oublier enfin que beaucoup d'autres ne connaissent que deux destinations : l'asile d'aliénés et la prison dont ils sont les hôtes assidus. Le fou moral comme l'aliéné est un embarras permanent dont la société ne peut se débarrasser qu'au prix des plus grands sacrifices.

Le dégénéré à l'âge de retour et à la *vieillesse* ne diffère guère de ce qu'il a été jusqu'ici. Chez la femme seule, la *ménopause*, dernier acte de la vie génitale, est une nouvelle source de désordres intellectuels, au même titre que la puberté, la menstruation et la grossesse. Si, à la faveur de la sénilité, les dégénérés paraissent moins susceptibles de verser dans la folie, cette circonstance est due à la diminution même de l'activité cérébrale dont l'intégrité est nécessaire à la confection d'un délire. Mais l'aliénation proprement dite s'observe encore ici, de même que les formes lucides, obsessions et impulsions, qui souvent même ne se révèlent qu'à cette

époque de la vie chez les dégénérés peu tarés et qui ont pu sans sombrer supporter les assauts de la vie. Ces syndromes éclatent à la faveur de l'involution sénile qui, en désorganisant la cellule cérébrale, donne le coup de grâce à l'équilibre mental; et permet aux phénomènes vulgaires de la dégénérescence d'éclater avec plus de facilité[1].

Pour résumer en quelques mots l'étude que nous venons de faire, nous dirons que le dégénéré est un être à système nerveux fragile, à résistance faible, à équilibre instable, depuis son origine jusqu'à sa fin. Cette tare qu'il tient de ses ascendants dans l'immense majorité des cas, mais qu'il peut acquérir au cours de sa vie, et qu'il transmet en l'aggravant à ses héritiers, comporte des aspects multiples; très différents les uns des autres en apparence, mais qui se réduisent pourtant dans tous les cas aux mêmes processus psycho-physiologiques. Si les multiples modalités de la déséquilibration cérébro-spinale dépendent de la tare originelle, elles dépendent aussi beaucoup comme on l'a vu, des nombreux facteurs accessoires engendrés par la vie elle-même. Si le dégénéré réagit autrement que l'individu normal en face de ces éléments surajoutés, ceux-ci réagissent à leur tour sur sa situation mentale, en l'aggravant, en précipitant une ruine qui est l'aboutissant fatal de toute dégénérescence.

1. Voir PÉCHARMAN. Les psychoses de la vieillesse. *Thèse de Paris*, 1893.

CHAPITRE VII

DES OBSESSIONS ET DES IMPULSIONS. SYNDROMES ÉPISODIQUES DE LA FOLIE DES DÉGÉNÉRÉS.

Sommaire. — L'obsession et l'impulsion en tant qu'expression la plus parfaite de l'état de déséquilibration. — I. Étude physiologique de ces deux phénomènes; définition. — Circonstances qui transforment l'état physiologique en état pathologique. — Obsession et impulsion morbides; caractères cliniques; états paroxystiques. — Valeur relative de ces caractères et variétés cliniques. — II. Des syndromes en particulier. — Tableau analytique des plus connus. — III. Généralités cliniques. — Multiplicité des syndromes; leur origine dans les divers modes d'activité du dégénéré. — Causes déterminantes. — Leur contenu. — Début, marche, paroxysmes, durée, terminaison. — Coexistence de plusieurs syndromes. — Réductibilité des syndromes les uns aux autres. — IV. Nature des syndromes; raisons cliniques qui les confondent ensemble pour en faire un état symptomatique de la dégénérescence.

Dans la description que nous avons faite de l'état mental du dégénéré, nous avons vu que tous les incidents morbides se ramenaient psychologiquement à un état de déséquilibration, dû tantôt à l'action prépondérante de certains centres ou groupes de centres, tantôt à l'insuffisance ou à l'absence de certains autres centres. La désharmonie fonctionnelle est alors l'expression de phénomènes d'arrêt ou d'inhibition, ou bien

elle traduit au contraire des phénomènes d'impuissance inhibitoire.

Or cette situation mentale se trouve en quelque sorte stéréotypée, comme schématisée dans deux phénomènes morbides bien connus, l'*obsession* et l'*impulsion*, qui apparaissent alors comme l'état parfait de la déséquilibration. Ils sont l'expression la plus haute et la plus significative de la dégénérescence. Ils ne sont d'ailleurs que les types purs des troubles que l'on rencontre en tout temps dans l'histoire des dégénérés où il n'est question, à chaque instant, que d'automatisme cérébral. Mais ici nous assisterons à de véritables accès d'automatisme conscient; nous saisirons sur le vif le jeu isolé de centres qui se dissèquent en quelque sorte pour la circonstance. Tous ces troubles germent d'ailleurs sur ce fonds commun d'insuffisance intellectuelle dont la description a fait l'objet du chapitre précédent. Leurs caractères sont si tranchés, que, de tout temps, ils ont frappé l'attention des manigraphes. Sous différentes appellations, les obsessions et impulsions ont été isolées comme autant d'entités morbides. Morel fut un des premiers, nous l'avons dit, qui trouva entre elles quelque air de parenté en les réunissant sous l'étiquette : *délire émotif*. Pour bien d'autres, elles sont restées isolées comme autant de vestiges des anciennes monomanies : manie du doute, manie du vol, manie du suicide, etc. Bien peu ont saisi le lien commun qui les réunissait, bien plus qui les confondait entre elles; bien

peu leur ont attribué leur véritable signification morbide. Or si l'impulsion à voler, l'impulsion à boire, la peur des espaces, l'amour exagéré des animaux sont des états superposables, n'est-il pas clair qu'ils révèlent une conformation cérébrale identique dans tous les cas; n'est-il pas évident aussi que cette conformation doit relever de la même cause?

En outre de ce fait que les manigraphes n'ont pas tous su grouper ensemble les obsessions et les impulsions, beaucoup d'entre eux n'ont même pas bien aperçu leurs caractères cliniques et il s'efforcent d'en retrouver la trace dans toutes les psychopathies. Ils confondent en cela les *idées obsédantes* avec les *obsessions* et les *actes impulsifs* avec les *impulsions*. La distinction clinique entre les uns et les autres ressortira clairement de la présente étude; on verra de même quelle signification différente leur appartient. L'idée obsédante que l'on retrouvera ailleurs à l'origine des délires proprement dits n'est pas plus l'obsession que l'état mélancolique n'est la mélancolie ; de même l'acte impulsif n'est qu'un état réactionnel, un état secondaire, tandis que l'impulsion est un état primitif.

Il est donc important de bien définir ces deux termes, *obsession*, *impulsion*, et pour cela il est bon d'étudier succinctement ces phénomènes à l'état physiologique, car il n'est pas exceptionnel de les rencontrer au cours de la vie normale chez des individus d'ailleurs bien

pondérés ; ils font partie de la biologie cérébrale régulière.

Toute manifestation cérébrale d'ordre intellectuel ou affectif qui s'impose à la conscience, en dépit des efforts de la volonté, interrompant ainsi pour quelque temps ou par intermittence le cours régulier des opérations intellectuelles est une OBSESSION. *Tout acte consciemment accompli, mais qui n'a pu être inhibé par un effort de la volonté est une* IMPULSION.

L'impulsion est à l'acte, ce que l'obsession est à l'idée. Si l'obsession peut exister seule, l'impulsion est assez ordinairement le dernier terme d'une série d'obsessions, à laquelle elle sert de conclusion. Les deux phénomènes sont unis l'un à l'autre par la voie psychologique qui relie entre eux les actes de la vie cérébrale ; c'est la pensée qui se transforme en acte ; c'est l'idée qui s'extériorise et prend une forme accessible aux sens.

Quelles sont les *conditions physiologiques* qui permettent à ces phénomènes de s'accomplir ? Dans l'état normal, lorsqu'une idée prend naissance, elle se trouve reliée soit à une série d'association d'idées, soit à une sensation, soit à un sentiment. La conscience s'en empare, la contrôle, et l'idée se transforme en acte par l'intervention de la volonté. Supposons qu'une idée surgisse tout à coup du fond de l'inconscient, sans être apparemment reliée à ses générateurs ordinaires ;

supposons encore que cette idée soit l'expression d'une irritation exagérée des centres qui l'ont engendrée, et que sa répétition incessante entrave le cours régulier des associations antérieures : la volonté apparaîtra désarmée, comme paralysée; l'obsession sera constituée. Décomposée par l'analyse en ses éléments constitutifs, elle comprend alors :

1° Un centre entrant tout à coup en fonction isolément, sans y être sollicité par les besoins du moment. — 2° Une impuissance momentanée de la volonté à chasser le phénomène qui s'impose.

Nous retrouverions exactement les mêmes éléments dans l'impulsion. En résumé : rupture de l'équilibre des opérations intellectuelles, engendrée par le fonctionnement exagéré d'un certain nombre de centres et entraînant passagèrement l'impuissance de la volonté, tel est le mécanisme des obsessions et impulsions physiologiques.

Il faut encore s'entendre lorsque l'on parle d'une paralysie momentanée de la volonté, qui est en réalité beaucoup plus apparente que réelle, ainsi qu'il ressort d'une analyse plus approfondie du phénomène. Soit en effet un centre : son irritation provoque son entrée en action; mais son activité a des degrés proportionnés à l'intensité de l'irritation. Dans l'état normal d'équilibre cérébral, cette quotité d'irritation ne dépasse pas un certain taux qui permet au pouvoir dit volontaire d'exercer son action inhibitoire. Exagérez l'irritation

primordiale, l'activité du centre excité s'exagérera, dépassant la limite normale; elle se continuera pendant un temps en échappant à l'action restrictive de la volonté; l'équilibre normal sera momentanément rompu. Dans ce cas, on le voit, la volonté n'est nullement affaiblie ni paralysée; il n'y a tout au moins qu'apparence ; seul son taux normal d'énergie l'empêche de lutter efficacement. Exagérez encore l'irritation primordiale, supposez que cette irritation soit singulièrement favorisée par un état spécial du sujet (*émotivité*), l'activité du centre acquerra une intensité plus durable encore; le phénomène s'entourera d'autres conditions, que nous étudierons tout à l'heure et l'état pathologique sera constitué. Entre le phénomène physiologique et le phénomène pathologique nous ne reconnaîtrons alors qu'une différence de degré, dont la cause résidera précisément *dans un état natif défectueux de l'organe cérébral*.

L'obsession et l'impulsion physiologiques ne sont que des incidents sans importance dans la vie intellectuelle. Elles apparaissent comme une gêne momentanée ; le retour périodique de l'obsession peut être fatigant, mais la volonté n'est pas longtemps désarmée; elle triomphe dans la lutte. D'autre part le sujet parvient facilement à s'abstraire et à diriger son attention d'un autre côté. Pour ce qui est de l'impulsion isolée (phénomène bien rare dans l'état normal) la volonté est complètement désarmée en ce sens qu'elle n'a pas le

temps d'intervenir; la conscience n'est guère avertie de l'impulsion qu'au moment même où elle se produit. Aucun contrôle n'est possible, partant aucune restriction. Telles sont l'obsession et l'impulsion physiologiques. Il est important d'ajouter que, ni dans l'un ni dans l'autre cas n'existe aucune souffrance morale. Tout se passe très simplement et quand l'ordre est rétabli, il ne reste du souvenir de l'incident aucune impression pénible.

Étudions maintenant les circonstances psychologiques en vertu desquelles ces états de conscience deviennent autant de syndromes morbides. Nous retrouverons ici les mêmes éléments que dans l'état normal, mais ils auront changé de caractère. Pour mieux fixer les idées, nous emprunterons à la clinique une série d'exemples : Nous choisirons une obsession simple, une obsession suivie d'impulsion, une impulsion simple, et un exemple d'inhibition pure (phénomène d'arrêt).

Certains malades sont constamment obsédés par une infinité de questions qui se pressent dans leur esprit en s'enchevêtrant les unes dans les autres et s'appelant mutuellement (folie du doute). Ces questions, relatives à toutes sortes d'objets, même insignifiants, ne trouvent jamais une réponse satisfaisante. Constamment préoccupé de la solution de ces problèmes, le malade ne peut plus faire autre chose; le doute l'étreint et le plonge dans une inexprimable angoisse qui se renou-

velle d'une manière paroxystique dès l'apparition d'une nouvelle série d'interrogations mentales et par suite de doutes. Le malade a parfaitement *conscience* de sa situation, sa *lucidité* d'esprit est entière ; il fait des efforts surhumains pour détourner son esprit d'objets, dont il déclare hautement l'inanité; ses efforts sont vains; il est le plus faible dans la *lutte*. Chaque minute amène avec elle de nouveaux doutes et de nouveaux efforts; le malade est en proie à une *souffrance morale* indescriptible au moment des paroxysmes. Cette souffrance *se calme* parfois lorsqu'une question posée mentalement reçoit une réponse quelconque, mais cette *satisfaction* qui remplit d'aise et de soulagement le malade n'a qu'une très courte durée; l'*obsession* revient plus intense que jamais jusqu'à la prochaine accalmie et, ainsi de suite, souvent pendant des années. Ce n'est pas tout encore, lorsqu'on a pu observer un *douteur* au fort de ses paroxysmes, on a constaté qu'à l'*anxiété* correspondaient des signes de souffrance physique; à ce moment son front se couvre de sueur, le pouls s'accélère; il existe des palpitations, des douleurs précordiales, une douleur constrictive dans la région frontale qui témoigne de l'excès d'attention et de la fatigue intellectuelle.

Voilà un type parfait d'obsession simple; en voici un d'obsession suivi d'impulsion. Certains dégénérés sont parfois obsédés par des mots orduriers (coprolalie) qui surgissent tout à coup dans le champ de la

conscience, sans être amenés par une série d'association d'idées; ils ne riment à rien et s'imposent à l'attention du sujet, interrompant même le cours régulier des pensées; c'est un véritable corps étranger qui vient troubler la monotonie de succession des états de conscience; c'est un coin qui pénètre entre les pensées et les dissocie, suivant l'expression de Schüle. Le malade lutte pour s'en débarrasser; plus il lutte, plus l'obsession acquiert d'intensité, d'autant qu'au même moment survient l'*impulsion* à répéter, à articuler souvent un grand nombre de fois le mot obsédant; l'*anxiété* est à son comble; le malade a *conscience* de l'effet que produira l'émission des mots orduriers, mais aussi de son *impuissance* à se retenir. Le paroxysme approche, la sueur perle sur le front, le visage est animé, le cœur bat violemment; soudain le mot est lâché, projeté en quelque sorte; le centre surexcité s'est déchargé. Avec cette décharge le calme renaît; le malade éprouve une réelle *satisfaction*. Rien ne peut exprimer la *torture morale* des dégénérés atteints de ce tic cérébral. Pour échapper à l'embarras de la situation qu'il commande, il n'est pas rare de voir les malades disparaître au moment des paroxysmes; ils vont dans quelque coin proférer avec une étrange volubilité ces mots qui les *gênent*; ils reviennent ensuite soulagés d'un grand poids.

Prenons maintenant un exemple d'impulsion simple, l'*écholalie*. Les malades se sentent *poussés* en dépit des

efforts les plus énergiques de leur volonté, à répéter les mots, les phrases ou les derniers mots de phrases qu'ils entendent. Rien d'intellectuel dans l'espèce, c'est un simple écho ; l'image auditive du mot réveille immédiatement l'image motrice d'articulation et au moment même où le sensorium est averti, même avant qu'il en ait pu apprécier la valeur, cette image s'extériorise. Cette infirmité, sur laquelle les malades ne peuvent exercer aucun empire, les plonge dans une très vive *anxiété*. Ils sont surtout anxieux à la pensée du retour obligatoire de l'impulsion dès que l'oreille sera frappée par un nouveau bruit. Ils fuient le monde, évitent toute conversation, se renferment autant qu'ils peuvent dans le mutisme.

Voici encore un exemple puisé dans l'ordre des impulsions simples : nous avons connu une malade qui se trouvait *obligée* à certains moments d'exécuter tantôt avec les bras, tantôt avec les jambes, tantôt avec les uns et les autres des mouvements plus ou moins incohérents et plus ou moins compliqués. Quand le paroxysme allait survenir, le visage s'animait, le cœur battait très fort; la malade était en proie à une émotion étrange; rien alors ne pouvait maîtriser ces mouvements *irrésistibles* dont l'exécution seule était capable de procurer quelque *soulagement*.

Nous venons de montrer des exemples frappants de cette inhibition volontaire qui favorise l'évolution des

syndromes obsession, impulsion. Ce phénomène d'arrêt est bien plus saisissant encore lorsqu'il existe seul, à l'état de pureté, sans obsession ni impulsion.

Il est tout entier représenté dans un syndrome, l'*aboulie*. Les malades qui en sont atteints voient leur pouvoir volontaire s'anéantir tout à coup au moment même où il est nécessaire de prendre une détermination. Au moment de signer un acte, de terminer un compte, de sortir pour faire des courses, ou dans toute autre circonstance, grave ou anodine, le malade se trouve subitement figé, l'acte *voulu* ne s'effectue pas; s'il est *commencé* il ne s'achève pas. La *conscience* est dans toute sa lucidité; aucune raison plausible ne peut apparemment expliquer le phénomène; il semble qu'une main invisible retienne le malade, tant la lutte entre le *pouvoir* et le *vouloir* est intense. Le trouble est si typique, l'arrêt est si brutal qu'il rappelle ces inhibitions subites, que l'on produit si facilement dans la phase somnambulique de l'hystérie par la pression sur une zone d'hyperesthésie. En attendant, le malade surpris, décontenancé, fait de suprêmes *efforts* pour vaincre la résistance inconnue; c'est en vain, il est le plus faible dans la *lutte* qui ne va pas sans provoquer une anxiété incroyable, une émotion se traduisant au-dehors par les phénomènes vaso-moteurs déjà mentionnés.

Toute la théorie des obsessions et impulsions morbides se trouve résumée dans ces quelques exemples.

Voilà des syndromes : *folie du doute*, *coprolalie*, *écholalie*, *aboulie*, qui certes n'ont rien extérieurement de comparable et qui pourtant pour l'analyste relèvent du même mécanisme. Il ne nous reste qu'à en extraire, pour les mettre en relief, les caractères qui les relient et les identifient.

Reprenons l'analyse de l'obsession et de l'impulsion au point où nous l'avons laissée dans l'état physiologique. Supposons que ces deux phénomènes, au lieu de rester des faits isolés en tant qu'incidents dans la série des états de conscience, tendent au contraire à supplanter pour longtemps ces états ou tout au moins à en interrompre le cours régulier; supposons que leur *persistance* et leur *répétition* inévitables substituent à la simple gêne momentanée un réel *état de souffrance* durable. Supposons encore que l'obsession et l'impulsion, au lieu de puiser leurs origines exclusivement dans une idée, un sentiment, une sensation de nature indifférente, comme la recherche angoissante d'un mot, le besoin de compter ou de répéter certains mouvements, les trouvent encore dans des conceptions étranges, dans des sentiments pervertis, dans des sensations anormales (impulsion à voler, à tuer, à boire, aberration de l'instinct sexuel, etc.) qu'arrive-t-il? Un état moral extrêmement pénible, lié surtout au sentiment d'impuissance absolue dans laquelle se sentent les sujets, soit à chasser l'obsession, soit à arrêter l'impulsion par un libre effort de leur volonté; l'intensité

de cette douleur morale atteste la présence d'esprit du malade, dont la *conscience* est intacte. Tout d'abord étonné il contemple cette sorte d'automatisme d'une partie de lui-même; il lui semble qu'il vient de se dédoubler; que cet être qui agit sous l'empire de l'impulsion n'est pas celui qui était docile tout à l'heure aux injonctions de la volonté. Il essaye de se distraire, dirige les forces de son esprit, concentre ses pensées et son attention vers un autre objet; mais l'obsession revient impérieuse, angoissante, énervante; une lutte s'engage, de laquelle le malade a la prescience qu'il sortira vaincu.

Dès lors le cours normal des opérations intellectuelles est interrompu; l'obsession dérive à son profit l'attention, la subjugue et fait du malade une véritable victime impuissante. L'angoisse atteint alors son summum. A ce moment tout le système nerveux vibre; les signes physiques de l'obsession apparaissent ou prennent plus d'importance : ce sont des *phénomènes vaso-moteurs* et douloureux : palpitations, cardialgie, accélération du pouls, anxiété précordiale, céphalée, rougeur et pâleur du visage, tremblement, transpiration, etc. Ces signes physiques sont le cortège à peu près invariable de toute obsession et impulsion pathologiques.

Dès que ces deux phénomènes ont reçu satisfaction (le mot obsédant a été trouvé, le chiffre néfaste a été conjuré, l'acte homicide a été accompli, etc.) la lutte est

suspendue pour un certain temps; le malade, quoique profondément soulagé comme il arrive lorsqu'une difficulté a été vaincue, reste affligé de son impuissance, car si l'obstacle a été franchi, il n'en est pas moins certain qu'il n'a pu être évité. Cette *satisfaction* donnée à un besoin momentané et impérieux procure une sorte de bien-être indéfinissable, quel que soit d'ailleurs l'objet de l'obsession ou de l'impulsion; mais la crainte de leur retour offensif entretient un certain degré d'inquiétude. De fait, la rémittence est de courte durée tant que l'accès ne touche pas à sa fin; l'obsession renaît; l'impulsion réclame une nouvelle satisfaction; l'angoisse étreint de nouveau le malade et la lutte recommence, laissant invariablement les sujets dans l'incapacité absolue de se défendre; la volonté succombe encore. Et ainsi de suite jusqu'à ce que la cause première de cette sorte d'automatisme soit épuisée.

L'obsession et l'impulsion pathologiques sont en somme réductibles aux mêmes caractères que leurs homologues physiologiques en y ajoutant la *souffrance morale* et l'*angoisse concomitantes*. L'impuissance inhibitoire de la volonté apparaît toujours comme un symptôme capital, mais non le plus important. L'obsession et l'impulsion sont-elles en effet engendrées par une sorte d'anénergie momentanée et morbide de la volonté, en d'autres termes existe-t-il là une *maladie de la volonté*? Cela n'est pas probable. La vérité au

contraire est que le taux normal de l'énergie volontaire est souvent décuplé dans la lutte contre l'obsession, et si la volonté succombe, ce n'est pas en vertu d'une faiblesse passagère, mais parce qu'elle lutte contre une force supérieure. Il est bon d'ajouter pourtant que, dans cette immense déséquilibration des facultés qui préexiste à l'apparition des obsessions et impulsions, la diminution de la puissance réactionnelle des individus peut bien être un fait certain qui favorise encore leur défaite dans la lutte, mais cet affaiblissement de l'énergie volontaire n'est jamais le fait le plus saillant.

Donc : retour *incessant* de l'*obsession* et de l'*impulsion*, auquel les sujets n'opposent qu'une résistance inutile (*irrésistibilité*) ; *conscience* très nette du phénomène qui s'impose ; *lutte* énergique dans le but de s'en affranchir, *torture morale* complémentaire de l'idée d'impuissance, et *retentissement* physique de l'état réactionnel; *soulagement* constitutif à la satisfaction donnée aux centres surexcités, tels sont synthétisés les caractères psychologiques de toute obsession et de toute impulsion pathologiques. On voit par là que les malades sont à tout instant des êtres conscients, *lucides*. Ils conservent cette lucidité entière au sein même de l'angoisse la plus cruelle, elle ne s'obscurcit guère qu'au cours des paroxysmes les plus violents.

Ces caractères si saillants, si indiscutables et si uni-

formes dans tous les cas méritent d'être réunis sous forme de tableau synoptique :

Syndromes épisodiques de la dégénérescence (automatisme cérébro-médullaire).	Obsession. Impulsion. Phénomène d'arrêt.	Conscience lucide. Lutte angoissante. Irrésistibilité. Exagération des signes physiques de l'émotion. Soulagement consécutif à l'accomplissement du phénomène.

Des faits précédents l'on peut tirer les deux définitions suivantes :

L'obsession pathologique *est un syndrome morbide caractérisé par l'apparition brusque d'une idée ou d'un groupe d'idées qui s'imposent à la conscience lucide sous forme de paroxysmes interrompant pour un temps le cours normal des associations d'idées, en dépit des efforts de la volonté dont l'impuissance se traduit par une angoisse et une souffrance morale intenses.*

L'impulsion pathologique *est un syndrome morbide caractérisé par une action ou une série d'actions accomplies par un sujet lucide et conscient, sans l'intervention et malgré l'intervention de la volonté dont l'impuissance se traduit par une angoisse, et une souffrance morale intenses.*

La valeur de tous les caractères que nous avons énumérés n'est pas la même, il importe que nous en com-

plétions l'étude en les reprenant un à un. Le plus important, celui qui est réellement pathognomonique du syndrome, est l'*état lucide* de la conscience. Il suffit à lui seul pour différencier l'obsession et l'impulsion vraie des idées obsédantes et des actes impulsifs. Supprimons cette lucidité, nous entrons de plain-pied dans le domaine du délire ou de la folie morale; le syndrome n'a plus la même signification. Ce caractère capital commande d'ailleurs la plupart des autres; il est la raison d'être de la lutte énergique soutenue par le malade, de son anxiété, de ses tortures morales. Reste l'irrésistibilité qui fait partie même de la définition de l'obsession (sans elle point d'obsession) et l'exagération des signes physiques de l'émotion qui n'est qu'un phénomène de réaction. Quant au soulagement consécutif, c'est un phénomène physiologique que l'on retrouve partout dans la biologie humaine, comme conclusion à l'accomplissement de toute fonction obligatoire. Les auteurs qui ont englobé les syndromes en question dans l'aliénation lucide ou avec conscience, sans d'ailleurs leur donner leur vraie signification, ont donc saisi sur le vif leur caractère dominant.

La *lucidité* de la conscience est un caractère qui ne manque jamais. Parfois elle s'obscurcit, mais consécutivement à l'apparition du syndrome et au paroxysme de son évolution. Le dipsomane en plein accès, l'impulsif qui tue, en sont quelquefois un exemple. Mais elle ne tarde pas à reparaître, plongeant le malade dans

toute l'horreur de l'action qu'il vient de commettre et qu'il n'a pu éviter. Les autres caractères ont une importance qui varie suivant les cas et suivant le contenu de l'obsession ou de l'impulsion ; ils peuvent même être très effacés.

Certaines obsessions par leur nature insignifiante retentissent peu sur l'*état moral* ; elles affectent peu les malades, qui luttent peu pour s'en débarrasser ; telles sont certaines obsessions à compter, à toucher certains objets. Dans ces cas, l'obsession et l'impulsion sont une sorte de *tic chronique* avec lequel les malades vivent comme avec une infirmité à laquelle ils ne sont guère attentifs, si ce n'est à certains moments ou le syndrome devient plus pressant, plus aigu. C'est alors seulement que l'on observe le phénomène avec tous ses caractères morbides.

L'*angoisse* est en raison directe de la lutte entreprise pour se débarrasser du syndrome. Quand celle-ci est intense, c'est alors que se produisent les paroxysmes douloureux.

La *lutte* peut naître à propos de l'impulsion la plus simple, mais en général elle acquiert toute son intensité lorsqu'il s'agit d'obsessions ou d'impulsions dont l'essence même en fait pour les malades un objet de déshon neur, d'horreur ou de répulsion. La femme vertueuse qui se sent poussée à se livrer au premier venu, la mère qui est poussée à égorger son enfant, l'individu qui ne peut résister à l'idée de se suicider, l'homme qui, malgré

son désir, ne peut résister au besoin de jouer, réalisent des cas dans lesquels la torture morale doit atteindre son apogée. Dans ces circonstances, la lutte contre le syndrome est corrélative de l'importance que les malades eux-mêmes attachent à ce syndrome. On conçoit donc que, tout en existant dans tous les cas, son importance peut varier dans des limites très étendues, et dans certains cas même l'aspect clinique s'en trouve modifié.

La valeur des *signes physiques* est également très variable. Nuls ou presque nuls lorsque le syndrome fait partie en quelque sorte intégrante de la vie cérébrale des malades, ils ne se manifestent en général qu'au moment du paroxysme et sont contemporains de la lutte et de l'angoisse. Ils ne sont pas dans un rapport fatal d'intensité avec le contenu du syndrome. L'état vertigineux bien connu de l'agoraphobe et du claustrophobe n'a rien de comparable à la réaction émotionnelle de l'individu qui recherche les nudités masculines ou même de celui qui se livre impulsivement à l'orgie alcoolique. Dans certains cas, les signes physiques ont une telle intensité qu'ils peuvent faire naître quelque inquiétude. Certains douteurs sont tremblants, égarés, ils ont la peau chaude, moite ; on les voit se livrer à toutes sortes de contorsions, se rouler sur leur lit pour échapper à la torture affreuse qui les étreint ; le pouls est vibrant, plein, les yeux sont brillants.

Quelle que soit la valeur réciproque de tous ces

caractères, il n'est pas difficile pourtant de les retrouver tous dans l'histoire de chaque syndrome. Il nous sera facile d'en faire la preuve en analysant sommairement, parmi les syndromes connus, ceux qui ont fait l'objet de descriptions spéciales dans les nosographies en raison de leur forme clinique déterminée.

1° Folie du doute. *Obsession* sous forme d'interrogations mentales. *Conscience* lucide. Les questions se pressent dans l'esprit d'une manière *irrésistible; lutte* inutile pour chasser l'obsession; *angoisse* contemporaine de la lutte; signes *physiques; soulagement* et repos momentané quand la question obsédante a trouvé sa solution.

2° Délire du toucher. Crainte *obsédante* du contact de certains objets. *Conscience* lucide; *impossibilité* de vaincre la répugnance; *lutte* angoissante pour la surmonter; signes *physiques*; victoire momentanée entraînant une *satisfaction* évidente.

5° Agoraphobie. Terreur *obsédante* et *insurmontable* des espaces. *Conscience* lucide. *Résistance* accompagnée d'*angoisse* et de *signes physiques*. *Satisfaction* quand l'obstacle est renversé.

4° Claustrophobie. Même terreur obsédante avec les mêmes caractères à l'égard des espaces restreints.

5° Topophobie. Même crainte obsédante à l'égard de certains lieux déterminés.

6° Dipsomanie. *Impulsion* à boire. *Irrésistibilité absolue*. *Lutte* énergique et inutile contre la tentation.

Conscience lucide. *Angoisse* extrême se traduisant par des *signes physiques*. *Soulagement* quand l'impulsion a été satisfaite.

7° Sitiomanie. Même impulsion avec les mêmes caractères à l'égard des aliments.

8° Pyromanie. *Impulsion* à mettre le feu. *Conscience* lucide. *Irrésistibilité* du phénomène. *Lutte* et *angoisse* concomitante. *Signes physiques*. Satisfaction dès que l'acte est accompli.

9° Pyrophobie. Crainte *obsédante* du feu, des objets susceptibles de mettre le feu, ou crainte de mettre le feu. La première n'est qu'une variété du délire du toucher. Quant à la seconde elle s'accompagne d'une *angoisse* cruelle, l'idée obsédante ne peut être chassée sans une lutte très longue, la conscience est lucide. Ce n'est en réalité qu'une forme de la folie du doute.

10° La Kleptophobie, ou la peur *obsédante* de voler, est aussi une forme de folie du doute dont elle revêt tous les caractères morbides.

11° Kleptomanie. *Impulsion irrésistible* au vol. *Conscience* lucide. *Lutte* très pénible contre le syndrome avec *anxiété* inexprimable, et *signes physiques* émotionnels très accentués; défaite finale avec regrets amers mais *satisfaction* évidente.

12° Oniomanie. *Impulsion* à acheter toutes sortes d'objets. Impulsion consciente, pénible mais *invincible* en dépit de tous les *efforts* et dont l'accomplissement produit un réel *soulagement*.

13° Manie du jeu. État de certains joueurs *poussés* à jouer malgré leur plus vif désir de résister; *conscients* de leur situation qu'ils déplorent; *lutte* avec *angoisse*, défaite certaine, accomplissement de l'acte s'accompagnant de phénomènes *émotionnels* très violents et suivi d'une *satisfaction* indéfinissable mêlée de regrets.

14° Impulsion homicide. Tentation *irrésistible* de tuer un indifférent ou même un être cher sans aucun motif. *Souffrance* morale indescriptible. *Lutte* horrible soutenue par le malade, réaction physique énergique. Si l'acte s'accomplit, il est suivi d'un *soulagement* n'ayant d'égal que le sentiment d'horreur qu'il inspire à la *conscience* demeurée intacte.

15° Impulsion au suicide. Elle présente exactement les mêmes signes que la précédente.

16° Onomatomanie. Syndrome à variétés cliniques innombrables dont la plus typique est la recherche *obsédante* et *angoissante* de certains mots. La *conscience* est en éveil. Le malade *lutte* pour chasser une idée qu'il reconnaît absurde ; mais l'obsession se répète, s'accompagnant d'une *anxiété* très vive et de signes *physiques* jusqu'à ce que la trouvaille du mot procure le *soulagement* désiré.

17° Arithmomanie, ou *impulsion irrésistible* à compter. Impulsion tellement intense parfois que le malade compte automatiquement. Dans les paroxysmes, au milieu d'*efforts consciemment* accomplis pour chasser le phénomène, survient une *angoisse* avec ses signes

physiques habituels. La numération intensive peut seule produire un *soulagement*.

18° L'ÉCHOLALIE nous a servi plus haut de type pour décrire l'impulsion morbide.

19° LA COPROLALIE a été de même choisie comme exemple d'obsession suivie d'impulsion.

20° ZOOMANIE, zoophilie ou amour exagéré des animaux (folie des antivivisectionnistes). Sollicitude exagérée et obsédante à l'égard des animaux. *Angoisse pénible* à la pensée des maux qui peuvent les accabler. Certains zoomanes ont au sujet des animaux de véritables accès de doute. Si ce syndrome doit être rapproché des autres en raison de l'obsession réelle, de la souffrance morale, il faut ajouter qu'il n'est le plus souvent qu'un mode d'émotivité exagérée des malades, et par suite une manière d'être, normale, chez le dégénéré. Peu de zoomanes ont en effet conscience de leur état morbide; la zoomanie ne procède guère par accès, par paroxysmes; enfin le malade au lieu de lutter pour se débarrasser du syndrome, lutte beaucoup plutôt contre le médecin qui voudrait le convaincre de son mal.

21° *Anomalies, perversions, aberrations sexuelles*. C'est un chapitre d'une étendue énorme, qu'il est impossible d'analyser sommairement. On peut dire pourtant qu'en dehors des cas où ces anomalies relèvent d'une perversion morale et sont par suite ignorées du malade lui-même, toutes les autres relèvent des caractères généraux de l'obsession et de l'impulsion consciente.

Exemple : certains hommes sont *obsédés irrésistiblement* par la pensée d'avoir des relations avec d'autres hommes. Cette idée hante constamment leur cerveau; ils ne peuvent la chasser en dépit des luttes les plus acharnées qui s'accompagnent d'un *désespoir* sincère. L'accomplissement seul de l'acte à la fois désiré et réprouvé peut seul rétablir le calme dans l'esprit du malade.

22° Aboulie. Ce syndrome nous a servi d'exemple pour décrire les phénomènes d'arrêt.

L'histoire de chaque syndrome réduite ainsi à sa plus simple expression montre d'une façon bien plus saisissante que toutes les obsessions et toutes les impulsions morbides sont des phénomènes de même ordre. Le malade atteint d'agoraphobie est le même que celui qui est atteint d'aboulie; le dipsomane et l'onomatomane sont deux membres d'une même famille. Pour le bien comprendre, il faut faire abstraction de la forme extérieure du syndrome et l'analyser dans ses éléments psychologiques. Les raisons cliniques qui rapprocheront tous les obsédés et tous les impulsifs seront alors les mêmes que celles qui ont rapproché le déséquilibré du sentiment du déséquilibré de l'intelligence. Nous verrons plus loin que les mêmes raisons réuniront dans un même groupe, celui des dégénérés, les syndromiques et les déséquilibrés.

Mais auparavant nous devons compléter l'analyse psychologique des syndromes par l'étude de quelques généralités cliniques qui se rapportent à leur histoire.

Le *nombre* des syndromes épisodiques est évidemment illimité. Morselli a décrit récemment deux nouvelles variétés d'obsessions cliniquement bien délimitées et caractérisées, l'une par la crainte obsédante des déformations (dysmorphophobie) et l'autre par la crainte obsédante de la mort (thanatophobie).

Tout dans la vie du déséquilibré, où tout procède par tic, peut être matière à obsession et à impulsion; *tout peut devenir un syndrome*. Le dégénéré tel que nous l'avons décrit est véritablement le jouet de l'automatisme de ses centres nerveux. Le caractère obsédant et impulsif des pensées et des actes fait partie de la définition même de l'état mental du dégénéré. Mais en temps normal ce malade a plus ou moins conscience de son état de déséquilibration qui n'est ni plus ni moins que sa manière d'être habituelle; par suite il n'existe pas de lutte, partant pas d'angoisse. Si parfois la conscience du déséquilibré est suffisamment éclairée, il s'opère un certain effort pour le maintien de l'équilibre entre les diverses opérations cérébrales, et l'équilibre, quoique toujours chancelant, se maintient grâce à cet effort. L'intensité de l'effort est très variable, mais il n'entraîne pas, en tout cas, la constitution de l'état d'angoisse caractéristique de l'obsession parfaite. Survienne une des causes surajoutées de déséquilibration que nous avons énumérées au chapitre précédent, l'équilibre se rompt, l'obsession et l'impulsion, dont l'ébauche est fatalement latente chez le malade, revêtent les carac-

tères morbides stéréotypés que nous avons esquissés : le syndrome proprement dit est créé. Dans bien des circonstances, on retrouve les traces d'un syndrome dans le passé du malade ; cette constatation fournit la preuve de ce que nous venons de dire. Il est certain par exemple que la crainte superstitieuse du chiffre 13 qui hante le cerveau de tant de déséquilibrés sans cependant leur procurer la moindre gêne est une idée obsédante qui se transformera fatalement, le cas échéant, en une véritable obsession typique. Elle servira alors d'aliment, suivant la direction donnée aux associations d'idées, soit à un accès de doute, soit encore à un accès d'onomatomanie, soit encore à un accès d'arithmomanie, etc...

De fait, il est généralement assez facile de rattacher l'apparition d'un syndrome à un moment *étiologique* d'une certaine valeur, c'est ici l'accouchement, c'est là une fièvre typhoïde, ailleurs une longue suite d'excès, le plus souvent ce sont des causes épuisantes qui ont produit cet état d'éréthisme des centres nerveux, cet état de faiblesse irritable, qui précipitent la ruine totale de l'équilibre mental. Mais il faut bien savoir que l'intervention d'une de ces causes plus ou moins puissantes *n'est nullement nécessaire* ; le syndrome dégénératif peut se produire en quelque sorte *spontanément*, sans aucune sollicitation spéciale apparente, il est une modalité psychopathique que le dégénéré peut créer avec les seules ressources que lui donne sa constitution cérébrale défectueuse.

Le *contenu* des syndromes est infiniment varié, comme on l'a pu voir; il n'a, d'ailleurs, aucune importance et il faut le proclamer bien haut. Tous les départements cérébraux peuvent leur fournir un aliment. C'est ici la sphère des idées (folie du doute); là, la sphère des sentiments (antipathies obsédantes, irrésistibles); des instincts (impulsions homicides et suicides); ailleurs c'est le territoire des sensations tactiles (terreur des pointes), celui des centres sensoriels (vertiges agoraphobiques); la région psycho-motrice (écholalie, tics variés), enfin la moelle elle-même (onanisme impulsif, incoordination motrice), etc. Tout ce désordre est dominé par une conscience lucide et souffrante.

Le mode de *début* du syndrome n'est pas constamment le même. Le plus souvent, il est brusque et par suite imprévu. Un mot lu dans un journal devient le début d'un accès d'onomatomanie; la rencontre fortuite d'une personne antipathique provoque l'idée impulsive de la tuer; la vue d'un objet entraîne l'idée obsédante de le dérober; une conversation philosophique est l'origine d'un accès de doute. Dans tous ces cas, on le voit, un ou plusieurs centres se trouvent impressionnés d'une façon plus ou moins vive, mais, et c'est là ce qui constitue l'état pathologique, la sensation se prolonge pendant un temps fort long au lieu de s'épuiser très vite ou de rester à l'état de simple dépôt, comme il arrive chez l'homme normal. L'intensité de l'impression est telle qu'elle trouble la continuité des opérations

intellectuelles, arrête les unes, active les autres, provoque enfin ce désarroi des pensées, des sentiments et des actes que l'on constate au moment des paroxysmes du syndrome. Dans d'autres circonstances, les paroxysmes sont annoncés par des troubles vagues, tristesse, irritabilité, inquiétude, etc., troubles qui n'ont rien de spécifique et qui n'ont rien de commun avec le syndrome lui-même. Ils sont bien plutôt l'indice de ce trouble morbide général qui dispose le cerveau au paroxysme obsédant et impulsif. Cette situation se rencontre particulièrement dans l'histoire des syndromes dont l'apparition est souvent périodique comme la dipsomanie. Par une erreur d'interprétation, ces troubles, précurseurs plutôt que prodromiques, avaient fait penser que la dipsomanie devait être classée parmi les psychoses à accès.

L'*évolution* des obsessions et impulsions ne possède rien de typique, tant il est vrai que chez le dégénéré tout est livré à la fantaisie. On ne saurait leur décrire une période prodromique, une période d'état, une période de déclin; encore moins est-il possible de formuler un pronostic absolument rigoureux. Comme le début est apparemment brusque dans la plupart des cas, le syndrome arrive de suite à sa période d'état, à son paroxysme. C'est la période de l'irrésistibilité absolue, le triomphe du « Il faut ». A ce moment, les paroles du malade sont absolument stéréotypées et dépeignent éloquemment l'état de lutte où ils sont plongés :

« Je n'y puis rien faire : je ne puis pas l'empêcher, c'est plus fort qur moi. »

Le *début* est toujours brusque en réalité, car au moment des paroxysmes le syndrome ne diffère en rien de ce qu'il était auparavant ; il n'y a qu'une question d'intensité en plus. Le *paroxysme*, d'ailleurs, n'est pas fatal, nous en avons donné des exemples ; c'est essentiellement une question de disposition individuelle et de moments étiologiques secondaires.

Parfois le syndrome ne fait qu'une courte apparition, puis disparaît pour ne plus revenir ; d'autres fois, sa *marche* est lente, il reste stationnaire pendant des mois et des années ; de temps en temps, une crise d'angoisse plus aiguë se manifeste et le syndrome reprend son cours ; c'est le cas pour la folie du doute. Enfin, dans une dernière série de cas, le syndrome disparaît totalement, mais pour reparaître un peu plus tard. C'est dans ce cas que les observateurs avaient été séduits et trompés par les apparences intermittentes du mal.

La *durée* est impossible à délimiter. Les variations individuelles d'un même syndrome sont infinies ; sa durée n'a absolument rien à faire avec son contenu, ce qui prouve surabondamment que le syndrome n'est rien en soi et qu'il faut compter avant tout avec le substratum mental. On voit, en effet, des accès de doute durer pendant vingt ans, alors qu'ils dureront huit jours chez un autre malade.

La *terminaison* du syndrome est la plupart du temps

la guérison, réserve faite pour les rechutes. Cette guérison ne suit pas fatalement le soulagement éprouvé après satisfaction donnée à l'impulsion ou à l'obsession. Ce soulagement ne peut rien sur l'issue favorable du syndrome. Tant que le centre surexcité n'a pas épuisé son influx supplémentaire, l'obsession et l'impulsion reparaissent. Ce qui s'observe assez souvent, c'est la diminution progressive du nombre des paroxysmes qui se trouvent petit à petit séparés par des rémissions de plus en plus longues, jusqu'à guérison complète. Ce fait nous permet d'assister à la décharge progressive des centres maladivement excités.

D'autres fois, le syndrome n'a d'autre terminaison que la mort même du malade, non pas que le syndrome lui-même soit susceptible de la provoquer, mais parce que, s'incorporant d'une façon définitive à l'existence mentale des sujets, il les accompagne jusqu'à leur fin, à la manière d'une infirmité incurable. Mais, c'est un fait remarquable, jamais dans ces cas on n'observe la moindre modification du syndrome qui reste toujours semblable à lui-même. Il n'évolue pas, il ne se transforme pas; jamais il ne devient l'origine d'un délire proprement dit, comme on l'écrit quelquefois en confondant l'idée obsédante avec l'obsession pure; jamais il ne se termine par la démence. C'est là une des meilleures preuves que le syndrome n'est qu'une des manières d'être du déséquilibré; il fait partie intégrante de sa vie cérébrale; il est une des manifestations de sa

vie psychique normale. Si le syndromique devient dément, il ne le devient pas parce qu'il est syndromique; il le serait devenu par un autre procédé; en d'autres termes, cette démence ne constitue pas la période ultime de l'histoire de son syndrome.

La marche par *paroxysmes* est la caractéristique du syndrome parfait. Il ne s'agit pas ici, bien entendu, de récidives, mais de rechutes. Ces rechutes peuvent être très rapprochées et faire partie d'une seule et même crise d'obsession, mais elles peuvent être très éloignées les unes des autres et être séparées par des intervalles de calme complet, sans que pourtant la réapparition du mal perde son cachet de véritable rechute. Le malade atteint à vingt-cinq ans d'un premier accès de dipsomanie et qui en présente un second à quarante ans ne fait pas une nouvelle maladie. C'est une nouvelle manifestation d'un mal qui s'était amendé grâce à une hygiène cérébrale appropriée, mais qui était demeurée latente dans un cerveau profondément taré.

Un fait essentiellement clinique et très frappant pour le médecin qui, au lieu de réserver son attention seulement au syndrome qu'il observe dans le présent, se préoccupe au contraire de tout le passé morbide de son malade, est la *coexistence* d'un nombre plus ou moins considérable de syndromes, d'obsessions ou d'impulsions d'aspect différent chez le même malade, soit dans le même temps, soit à des époques successives de son existence. C'est là, en effet, une particularité qu'il

importe de bien mettre en lumière, car elle jette sur la nature de ces manifestations morbides la plus vive clarté. Si l'on y réfléchit bien, en effet, et si l'on veut se reporter à l'analyse psychologique du syndrome, tel que nous l'avons esquissée, on ne peut plus s'étonner de pareilles coexistences, qui sont commandées par l'état mental lui-même du syndromique et qu'il était aisé de prévoir. Lorsque l'on fouille dans le menu détail la vie de ce malade, on peut dire qu'il est exceptionnel de n'y rencontrer qu'un seul syndrome. Les exemples d'associations de plusieurs syndromes sont innombrables; aucune loi ne préside, le plus souvent, à cette association et les syndromes coexistants n'ont entre eux aucun lien, si ce n'est celui d'origine. Les obsessions et les impulsions les plus différentes comme objet peuvent se rencontrer simultanément : la dipsomanie avec la terreur des pointes, le délire du toucher avec l'agoraphobie, l'impulsion homicide avec les perversions sexuelles, etc. Il n'est pas rare de voir coïncider jusqu'à quatre et cinq syndromes. Nous avons observé par exemple chez une malade, dans le même temps : la crainte de l'eau, l'impulsion homicide et le doute. Plus on observe, plus les exemples de cette nature se multiplient.

Au lieu d'une coexistence dans le même temps, c'est assez souvent une coexistence chez le même malade à des époques différentes que l'on constate. C'est une succession de syndromes les plus variés, séparés ou

non par des périodes de santé apparente. Un de nos malades eut, dans son enfance, des perversions sexuelles; plus tard il devint kleptomane, puis onomatomane. Une femme, onaniste impulsive dans sa jeunesse, eut plus tard des rires et des pleurs irrésistibles, de l'incoordination motrice, de l'onomatomanie et de nouvelles perversions sexuelles.

Nous avons dit que presque toujours aucun lien d'affinité ne reliait entre eux les syndromes. Il en est pourtant quelques-uns que l'on voit s'associer de préférence, comme la folie du doute avec le délire du toucher dont Falret avait fait une psychopathie distincte. Cette conception ne se justifie pas, car il n'est pas rare d'observer le doute sans la crainte du contact, et inversement. Lorsque la crainte du contact coexiste avec le doute, il n'est, ne l'oublions pas, qu'une variété d'adaptation des interrogations anxieuses à des propriétés supposées fatales ou dangereuses des objets que le malade redoute de toucher. C'est encore de la folie du doute et non pas du délire du toucher.

Il est encore trois syndromes : l'écholalie, la coprolalie et l'incoordination motrice, que l'on a vu coexister fréquemment et même se propager épidémiquement. (Jumping, Latah, Myriachit, les sauteurs du Maine.) Gilles de la Tourette a décrit cette association singulière et a tenté de l'isoler sous forme d'entité clinique. N'oublions pas que ces trois syndromes se sont présentés épidémiquement. Il n'est pas étrange qu'ils

aient coexisté chez le premier malade de la série, c'est un fait fréquent ; quant à la transmission intégrale de la triade symptomatique aux autres malades de la série, l'imitation l'explique suffisamment et ne prouve pas leur union obligatoire. On sait d'autre part combien il est aisé d'observer isolément chacun de ces trois syndromes avec les mêmes caractères qu'ils ont offerts pendant l'épidémie.

Il ne serait pas difficile, d'ailleurs, d'expliquer la coexistence plus fréquente de ces syndromes les uns avec les autres, si l'on voulait bien se rappeler qu'on ne les isole souvent que pour les besoins de la description, mais qu'en réalité ils ne sont qu'une seule et même modalité psychopathique. L'arithmomanie n'est-elle pas par exemple une variété d'onomatomie ; la crainte du toucher n'est-elle pas souvent une forme spéciale du doute ; l'aichmophobie ou terreur des pointes n'est-elle pas une variété de la crainte du toucher ? Si tous ces syndromes coexistent, se succèdent, se combinent à l'infini, c'est qu'ils sont au fond une seule et même chose, un seul et même état morbide ; ce ne sont que les adaptations d'une disposition mentale unique à plusieurs objets différents.

Ces faits détruisent sans peine l'idée qu'on s'était faite autrefois que toutes ces psychopathies étaient autant d'entités morbides, autant de monomanies distinctes. Comment pourrait-on l'admettre quand on sait que toutes se réduisent, par l'analyse, aux mêmes caractères ? Comment considérer comme autant d'affections

distinctes des états qui coïncident souvent en si grand nombre et dont les combinaisons sont si multiples? Cette conception ne trouve pas davantage sa preuve dans la succession chez le même malade de syndromes variés ou dans la répétition sous forme de paroxysmes d'un même syndrome à différentes époques de la vie chez le même malade. La succession chez le même sujet de l'eczéma, de la lithiase biliaire et de la goutte, la coexistence chez le même sujet de l'obésité et du diabète ont pu en imposer pour un temps et faire croire à autant d'entités morbides jusqu'au jour où l'on s'aperçut que ces états n'étaient que des syndromes naissant sur un fond commun de nutrition retardée[1]. On en conclut alors qu'ils n'étaient que les apparences extérieures d'une même diathèse, qu'ils étaient une seule et même chose quant au fond. Il en est ainsi des syndromes psychiques que nous avons étudiés. Effacez-les, toujours vous retrouverez le même terrain, le même substratum qui préexiste et qui suffit à les expliquer. C'est lui seul qu'il est important de considérer, c'est lui que nous allons étudier en peu de mots et qui nous donnera la clé de la véritable nature de toutes ces modalités psychopathiques dont l'analyse a fait l'objet du présent chapitre.

Que peut être cette maladie aux aspects si multiples? Quel peut être ce malade qui a le pouvoir de présenter

1. CH. BOUCHARD. Maladies par ralentissement de la nutrition; Paris 1882.

dans le même temps ou successivement, dans tout le cours de sa vie, des états psychopathiques d'apparence si différente ; ce malade qui hier, atteint de la folie du doute, est aujourd'hui kleptomane et sera plus tard dipsomane?

Nous avons devancé la réponse à ces questions en qualifiant souvent notre syndromique de déséquilibré, de dégénéré. Nous devons maintenant fournir la preuve de cette assertion. En procédant par élimination dans l'examen successif des différentes doctrines émises au sujet des obsessions et des impulsions, nous rendrons nos conclusions bien plus saisissantes.

Tout d'abord ces états morbides ne sont pas des états différents les uns des autres, ce ne sont pas autant de monomanies distinctes. On l'a cru longtemps, mais après examen trop superficiel, et l'on se basait sur la variété de dissemblance infinie des objets auxquels s'appliquaient les obsessions et les impulsions : ici le doute, là l'impulsion à boire, ailleurs l'impulsion à tuer, à voler, etc. Ce n'était là, en vérité, qu'une doctrine symptomatologique. On s'était basé encore sur des considérations étiologiques beaucoup trop étroites, en rattachant le syndrome à sa cause déterminante la plus immédiate : ici la menstruation, là la grossesse, ailleurs les excès de toute nature, etc. C'était prendre une cause occasionnelle pour une cause efficiente. C'est la même interprétation qui fit considérer l'excès d'alimentation comme la cause de la goutte ou de l'obésité,

tant qu'on laissa dans l'ombre l'étude du substratum organique ; il en est ainsi, d'ailleurs, de tous les états constitutionnels.

En combinant certaines notions symptomatologiques et étiologiques, en exagérant surtout dans chaque syndrome la valeur des éléments qui semblaient y prédominer, on s'éloigna de plus en plus de la vérité : la dipsomanie fut une variété spéciale de l'alcoolisme ou une forme de folie périodique ; l'agoraphobie un état vertigineux lié à des troubles oculaires ou auditifs, les impulsions sexuelles furent des états symptomatiques d'anomalies anatomiques ou physiologiques des organes génitaux, les tics, l'incoordination motrice furent des variétés de chorée, etc. Dans l'ensemble, ils furent considérés comme des états *sympathiques*.

Or, les syndromes que nous avons analysés ne sont pas des phénomènes différents les uns des autres, nous l'avons surabondamment démontré ; ils présentent les mêmes caractères psychologiques et cliniques ; partout la même angoisse, partout le même état de conscience, partout le même automatisme. Pourquoi séparer des états que l'analyse décompose en des éléments identiques ? La coexistence enfin de plusieurs syndromes chez le même malade détruit l'idée de maladies distinctes.

Conséquemment, ces états *sont des états similaires*. Cette première conclusion en commande une autre : tous ces états ne sont que des apparences cliniques.

Puisque, d'autre part, les moments étiologiques occasionnels diffèrent dans presque tous les cas, il n'en faut pas tenir compte et fixer exclusivement son attention sur le substratum mental. Donc, faire de la symptomatologie en désignant les syndromes sous le nom de monomanies, faire de l'étiologie restreinte en les appelant des états sympathiques, c'est laisser la question en l'état.

La même critique s'adresse aux auteurs qui cherchèrent à définir les syndromes d'après leur marche. Frappés de leur périodicité, ou mieux de la répétition fréquente des paroxysmes, ils en firent des folies intermittentes. Le mot rémittence eût, en tout cas, mieux valu, car l'état mental, cause première du syndrome, persiste avec ses caractères pathologiques dans les périodes intercalaires et fait prévoir le retour des accès. On oubliait ensuite la succession de syndromes différents chez le même individu, succession qui, si elle démontre l'instabilité mentale des sujets qui justifie le retour fréquent des paroxysmes avec conscience, détruit l'idée d'intermittences vraies qui ne s'adressent qu'à des états morbides de même aspect. De plus, si l'on considère ceux des syndromes qui, comme la dipsomanie, ont pu, par leur retour périodique, faire croire à une intermittence, on s'aperçoit que la répétition des accès n'a rien d'obligatoire ; certains malades s'en sont tenus à un seul accès dipsomaniaque. Enfin, n'oublions pas qu'il existe des syndromes qui, une fois

installés, ne laissent guère de répit aux malades jusqu'à la fin de leurs jours.

Si les syndromes ne sont pas des psychopathies distinctes, sont-ils, considérés ensemble dans un seul et même groupe, une maladie à manifestations multiples, protéiformes? Certains ont répondu à cette question en les décrivant sous les noms divers de *folie lucide*, *folie avec conscience*, *folie impulsive*. C'est là encore une fois de la symptomatologie pure; c'est prendre la partie pour le tout, en donnant comme caractéristique à tout un groupe morbide, l'état de la conscience ou l'état impulsif. Ce procédé ne nous révèle point la nature intime du phénomène; c'est définir la pneumonie par ses crachats rouillés et la fièvre typhoïde pas sa diarrhée fétide.

Cependant l'idée de grouper ensemble les folies avec conscience réalisait un progrès, nous l'avons dit. Elle a présidé à l'enfantement de la théorie de Morel, qui fit de nos syndromes une névrose du *système nerveux ganglionnaire viscéral*. Morel fut frappé surtout de l'état d'émotivité des sujets et de l'intensité des phénomènes émotionnels qui sont si saillants en certains cas, et qui parfois paraissent être les phénomènes précurseurs des paroxysmes obsédants ou impulsifs. Pour lui l'état de souffrance du sympathique retentissait sur l'état mental et engendrait cette situation qu'il désigna du nom de *délire émotif*.

Mais ces phénomènes émotionnels, pour capitaux

qu'ils soient, ne révèlent pas fatalement une lésion des sympathiques. Il ne faut pas oublier qu'ils ne sont, en somme, que l'exagération des phénomènes normaux de l'émotion qui s'accompagne toujours de manifestations vaso-motrices : rougeur ou pâleur de la face, palpitations, etc. Ces phénomènes qui ne sont à l'état normal, qu'un état réactionnel en face de situations mentales bien déterminées, ne sont encore, au cours des syndromes morbides, que des états réactionnels dont l'intensité est précisément due à l'excès d'émotivité, à l'émotivité pathologique des sujets. Donc si le sympathique intervient, il le fait secondairement et non primitivement. Il obéit à la situation mentale au lieu de la commander. Bien des circonstances démontrent, d'autre part, que le syndrome est avant tout un état cérébral. L'onomatomanie, la folie du doute, le délire du toucher, l'écholalie, sont sans aucun doute des troubles du fonctionnement de l'écorce. Enfin rappelons que les phénomènes émotionnels ont une intensité très variable, qu'ils sont souvent réduits à peu de chose et que, dans certains cas même, ils disparaissent en laissant le syndrome suivre son cours, pour ne réapparaître qu'au moment des paroxysmes.

Si donc les syndromes obsession et impulsion ne sont pas des entités morbides, ce ne sont que des états symptomatiques. C'est ce qu'il nous reste à établir.

L'examen du syndrome en lui-même nous révèle tout d'abord un état d'émotivité exagérée, un état de suscep-

tibilité spéciale du système nerveux central et surtout un profond état de déséquilibration. Nous n'avons pas à revenir sur ces points qui ont été établis. Mais si nous examinons maintenant le malade porteur d'un syndrome, en dehors des accès, avant leur apparition ou dans l'intervalle de deux paroxysmes, il se présente avec le même état de déséquilibration, avec le même état d'émotivité dont l'exagération est la base même de tous ses accès obsédants ou impulsifs. Il se révèle, en un mot, avec ces caractères si typiques d'instabilité mentale qui stigmatisent le dégénéré et sur lesquels nous nous sommes étendus dans les précédents chapitres. C'est un taré, un nerveux, un insuffisant dès la base, dès l'origine ; cet état morbide est chez lui constitutionnel. On constate à toutes les époques de sa vie l'existence des éléments qui pourront constituer, le cas échéant, une obsession et une impulsion pathologiques. Ces syndromes qui germent sur cet état foncier, et qui offrent par instant une physionomie si frappante, y apparaissent à l'état d'ébauche ; on pressent qu'il ne faudra qu'un rien pour détruire l'équilibre et permettre au malade de franchir la limite incertaine qui le sépare du syndrome. Il est aisé d'en conclure que ce *syndrome fait corps avec l'état mental lui-même du dégénéré et qu'il n'en est qu'un des aspects contingents*.

Cette assertion trouve encore sa preuve dans l'apparition souvent très précoce du syndrome. Nous avons observé l'obsession et l'impulsion dès la première

enfance, dans la seconde enfance; leur apparition à la puberté est d'une fréquence extrême. Un de nos malades recherchait à cinq ans les nudités masculines; il fut un peu plus tard kleptomane et eut plus tard encore d'autres syndromes. Un autre avait à six ans la crainte du toucher, un autre avait à la même époque la terreur angoissante des chiens et des miroirs. Nous avons vu la folie du doute éclore à treize ans. Des enfants présentent encore des impulsions très nettes au suicide et à l'homicide. Et combien d'exemples semblables! Ne sont-ce pas là, au premier chef, des indices de tares constitutionnelles? Ce n'est pas tout encore.

Les syndromiques sont héréditaires dans l'immense majorité des cas. Si, par exception, ils ne tiennent pas leur état morbide d'influences héréditaires, ils la tiennent alors d'influences acquises assez puissantes pour faire naître d'emblée l'état de dégénérescence; le syndrome dans ces cas ne cesse pas d'être un des attributs du dégénéré. L'un de nous a observé la constitution de l'état mental du dégénéré consécutivement à une fièvre typhoïde chez une femme qui avait été jusque-là bien équilibrée. Cette femme fut prise quelques années après d'un accès de dipsomanie.

Lorsqu'ils sont héréditaires, les syndromiques comptent des aliénés dans leur famille. Il n'est pas rare d'y rencontrer aussi des syndromiques. Les syndromes que ceux-ci ont présentés ont assez souvent un aspect différent de ceux qu'ont présenté leurs descendants. On

sait que ce fait n'infirme en rien l'identité d'origine des syndromes observés chez les parents et chez les enfants, car nous avons vu qu'un seul malade pouvait souffrir simultanément ou consécutivement des obsessions et impulsions les plus variées. Le père et le fils sont, de par l'hérédité, unis par des liens tels que l'on peut dire que les syndromes du fils continuent la série inaugurée par le père en vertu des mêmes raisons qui les font se succéder dans la vie de l'un ou de l'autre pris séparément.

La constatation chez les ascendants et chez les descendants de syndromes, même différents, prouve le caractère héréditaire de ces états morbides. Il est prouvé plus éloquemment encore par les faits assez nombreux de transmission intégrale de père en fils du même syndrome : citons pour mémoire les impulsions au suicide, l'onomatomanie dont l'un de nous a rapporté un cas très remarquable, la dipsomanie, etc.

Les syndromiques enfin sont pour la plupart des candidats sérieux à l'aliénation proprement dite, à l'aliénation avec délire. Les délires qu'ils présenteront les confondront encore avec ces malades dont nous avons décrit dans ce travail l'état mental ; nous étudierons dans un autre ouvrage le délire des dégénérés.

En résumé, l'obsession et l'impulsion représentent l'état parfait, idéal en quelque sorte, de la déséquilibration mentale. Ils en sont la véritable formule et sont la signature indiscutable des états dégénératifs. Grâce à

la persistance de la lucidité de l'esprit, ils permettent de saisir sur le vif, mieux encore que ne le fait la simple déséquilibration, la désharmonie fonctionnelle du système nerveux, l'automatisme des centres cérébro-spinaux. Ils méritent l'épithète de *stigmates psychiques* qui leur a été donnée par l'un de nous. Groupés en un faisceau unique après une analyse clinique scrupuleuse, ces états morbides acquièrent une valeur symptomatique très significative ; disséminés sur tout le parcours de la vie du dégénéré comme autant d'incidents marquants, ils justifient l'autre qualification de *syndromes épisodiques de la folie des dégénérés* qui leur a été attribuée par l'un de nous depuis longtemps.

Pour terminer cette étude du substratum mental des dégénérés que nous avons répartie en deux chapitres pour les besoins de la description, nous dirons que le dégénéré peut s'offrir à l'observation sous deux aspects principaux : un état de déséquilibration simple ; un état syndromique qui n'est qu'une variété plus stéréotypée du premier. Le premier est constant, il fait partie de la définition même des états dégénératifs ; il est fatal : pas un dégénéré n'en est exempt. Sur ce terrain vient germer le second état, qui est constitué par une série d'épiphénomènes qualifiés, dans l'ordre des phénomènes psycho-physiologiques, par les épithètes d'obsession et d'impulsion. Ces états sont inconstants ; ils ne font pas, comme le premier, fatalement partie de l'histoire du dégénéré. Lorsqu'ils existent, ils donnent aux

malades un cachet particulièrement frappant ; ils donnent à leur état une signification réellement pathognomonique bien mieux que la simple déséquilibration, qui peut être réduite à peu de chose et même passer complètement inaperçue.

CHAPITRE VIII

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

Sommaire. — Dégénérescence et criminalité. — Étude anthropologique du criminel; conceptions de Lombroso et de l'école italienne; le type criminel; le criminel né. — Critique de la doctrine; preuves à l'appui; ses points faibles; sa réfutation; elle préjuge la définition du crime. — Rapports vrais de la dégénérescence et de la criminalité; si le criminel est un dégénéré, c'est un malade; les fous moraux. — Théories atavique et régressive du crime; réfutation. — Le crime n'est pas une matière anthropologique; sa définition doit précéder toute théorie et toute application médico-légale. — École criminaliste classique. — École anthropologique. — La morale et le crime selon l'évolution; le crime est une matière sociologique. — Facteurs intrinsèques et extrinsèques du crime. — Responsabilités individuelle et sociale. — Moyens d'action basés sur le principe unique de la préservation et de la collectivité. — Modification pratique des vieux systèmes pénaux. — Critique de la responsabilité individuelle; les responsabilités atténuées et mitigées. Nécessité de les considérer non plus au point de vue individuel, mais au point de vue social. — Médecine légale du dégénéré; sa responsabilité; bases d'appréciation pour l'expert. — L'idiot; l'imbécile; le faible d'esprit; le déséquilibré, l'obsédé et l'impulsif. — Les aliénés criminels; les prisons-asiles. — Traitement du criminel. La prophylaxie du crime.

L'être qualifié de criminel est-il, considéré à un point de vue général, un dégénéré? Est-on en droit de conclure de l'observation que le crime est un indice de déchéance de l'espèce, en d'autres termes, un stigmate de la dégénérescence? On sait que certains criminolo-

gistes modernes et certains philanthropes anxieux d'expliquer une semblable monstruosité ont soutenu cette thèse, séduisante au premier abord et qui semble s'appuyer, il faut le dire, sur des raisons sérieuses.

Par le fait même de son état mental, le *dégénéré devient souvent un délinquant* ; c'est un fait d'observation courante. L'étude complète que nous avons poursuivie de cet état mental a été suffisante pour établir la possibilité du fait, sinon sa nécessité. Déséquilibré, c'est-à-dire inapte à diriger régulièrement ses opérations intellectuelles, jouet conscient ou inconscient d'impulsions ou de sentiments qui font de lui un être quasi automatique ; souvent faible d'esprit et par suite facilement suggestible, on comprend que plus que tout autre, il doit se laisser solliciter par les occasions du crime, par les causes qui, dans l'état de société, peuvent le déterminer. Dans ces circonstances, l'acte dont il se rend coupable semble bien être, pour une part, le produit de son dérangement intellectuel ; il en est au moins une des manifestations attendues, bien qu'elle ne soit pas fatale. Elle n'est pas fatale, pas plus que les syndromes morbides dont nous avons parlé, pas plus que les manifestations délirantes ; elle est seulement possible. C'est une affaire d'antagonisme entre l'intensité de la cause déterminante et le degré de résistance cérébrale de celui qui commet le crime ; grave problème de responsabilité individuelle sur lequel nous reviendrons.

Si l'on examine maintenant les *criminels*, on ne peut nier que *beaucoup possèdent les attributs de la dégénérescence*. Nul n'a mieux contribué que Lombroso et son école à établir ce fait et à propager l'idée qu'une commune nature réunissait souvent le crime et la dégénérescence. Quelques détails sont ici nécessaires.

Les conceptions de l'école italienne ont eu le grand mérite de placer la criminalité sur le terrain de l'anthropologie et de pousser à fond l'étude biologique du criminel ; elles peuvent se ramener à trois principales.

1° L'étude de la personnalité tout entière du criminel démontre tout d'abord que ce dernier n'est pas seulement une monstruosité morale, mais qu'avec celle-ci coexistent des *anomalies physiques et physiologiques*, des troubles somatiques qui le distinguent de l'homme *considéré* comme non-criminel. Ces désordres, dans le détail desquels nous ne pouvons entrer[1], affectent irrégulièrement les différents points de l'économie et les divers systèmes. La motilité, tous les modes de la sensibilité générale ou spéciale, peuvent se trouver profondément modifiés. Tantôt il y a exagération fonctionnelle, tantôt diminution ou abolition, tantôt perversion, dissociation ou asymétrie, etc. Les anomalies les plus remarquables portent sur le développement de l'individu ; il est vicieusement construit (déformations crâniennes, prognathisme, cryptorchi-

1. V. Lombroso. *L'homme criminel*. Trad. fr. Paris, 1887.

die, etc. Voir ce que nous avons dit des stigmates physiques de la dégénérescence). De semblables irrégularités existent du côté de la fonction cérébrale; à côté des sentiments, des passions, des penchants extraordinaires qui ont eu le crime comme résultante apparente, on remarque des bizarreries, qui semblent faire du criminel un être à part.

Voilà un premier point: c'est la partie analytique de l'œuvre italienne.

2° Considérant alors dans leur ensemble ces vices moraux et ces vices physiques, on admet que *les uns et les autres sont de même nature.* On va plus loin et l'on déclare que non seulement ces deux ordres de stigmates coexistent, mais encore qu'ils se *correspondent* et même se *commandent* mutuellement. On formule cette conclusion, qu'il existe une *relation entre le crime et les stigmates physiques du criminel,* que ces derniers sont autant d'indices révélateurs du premier.

On va plus loin encore, et, demandant à la statistique des indications numériques, on ne tarde pas à établir que *telle catégorie d'anomalies physiques correspond à telle catégorie de troubles moraux* et à tel genre de crime : la pédérastie, l'homicide, le viol, etc., possèdent dès lors leurs signes certains. De l'examen anthropologique d'un individu, l'on peut déduire qu'il a commis ou qu'il peut commettre tel ou tel attentat. Tel est le second point de la doctrine Lombrosienne; c'est la con-

stitution de divers *types anthropologiques du criminel.*

3° Enfin prenant pour base de raisonnement le fait que toutes ces anomalies sont d'ordre congénital, qu'elles naissent avec l'individu et meurent avec lui, que le criminel est construit d'une autre façon que l'homme honnête, on déclare que tous les types criminels peuvent être synthétisés dans un type spécial auquel on donne le nom de *criminel-né.* Dès lors n'est pas criminel qui veut; le crime est un acte aussi fatal que le sont les stigmates physiques qui l'accompagnent et qui l'indiquent. Le criminel-né apporte en lui la prédisposition au crime comme un autre est un épileptique ou un aliéné en puissance; c'est une sorte de diathèse criminelle qui se relie à des générateurs multiples, ordinairement d'ordre pathologique. Il faudrait en conclure qu'à l'instar des stigmates physiques, *le crime lui-même est un stigmate morbide.*

De ce double fait que le dégénéré peut devenir délinquant, par le fait qu'il est dégénéré, et que les criminels possèdent des attributs dégénératifs on pourrait, ce semble, conclure que dégénérescence et criminalité peuvent être confondues. Nous ne critiquons pas encore cette conclusion. Constatons seulement qu'il existe, au moins dans certains cas, des relations étroites entre ces deux facteurs, qui semblent même parfois devoir être confondus. Ces points de contact ne sont d'ailleurs pas les seuls qui aient donné quelque force à la thèse de Lombroso. En voici d'autres.

On voit souvent criminels et dégénérés émaner d'une même souche morbide où l'on rencontre pêle-mêle aliénés, fous moraux, déséquilibrés, criminels. Dans une même lignée, il n'est pas rare encore de voir les uns à côté des autres, les criminels et les aliénés. En outre, il est fréquent de voir un criminel devenir aliéné délirant ou encore un homme devenir criminel après avoir guéri autrefois d'un accès de délire. Il est commun encore d'observer un criminel engendrant un autre criminel et ce qui est mieux, engendrant, à côté de celui-ci, un aliéné.

Enfin, si l'on analyse le premier criminel venu, même dénué de toute tare physique, il est certain qu'il apparaîtra souvent, sinon comme un monstre moral, ou comme un dégénéré intellectuel, tout au moins comme un faible, un homme à volonté chancelante, un être dont la sensibilité morale est sujette à caution. Sinon, rien ne donnerait l'explication du crime, à moins, et cela est souvent légitime, d'en rechercher la cause dans des fatalités indépendantes de l'individualité criminelle elle-même.

Tous ces motifs ne sont-ils pas propres à faire admettre une parenté étroite entre folie, dégénérescence, folie morale, crime, etc ? Ne semble-t-il pas que le crime n'est autre chose qu'un des nombreux maux qui s'attachent à l'espèce décadente ; que tous ces états sont les rameaux d'un même tronc ? Enfin cette conclusion de Lombroso lui-même ne s'impose-t-elle pas :

les criminels de toutes les races tendent vers un type uniforme qui est le résultat d'une dégénération morbide?

Mais, pour sérieuse qu'elle soit, la thèse n'est pas à l'abri des critiques, et il nous semble que, si elle possède sa part de vérité, elle a aussi sa grosse part d'exagération. C'est là le danger des généralisations trop rapides, surtout lorsqu'elles sont échafaudées sur un sol aussi traître que la statistique.

Il est bien vrai que le dégénéré est souvent criminel, mais faut-il en conclure que le crime est relié à l'état dégénératif par un lien d'effet à cause? Le nombre est considérable des dégénérés qui ne délinquent jamais, et leur conformation psycho-physique n'est pas différente de celle des dégénérés qui délinquent et même de ceux qui récidivent. Le crime n'est ici qu'une des si multiples et si différentes adaptations de l'esprit du déséquilibré. Pour le clinicien, il n'a pas plus de valeur que le moindre de ses autres actes. La société seule peut s'en préoccuper davantage à cause de ses conséquences exceptionnelles; mais l'observateur théoricien n'y voit pas autre chose que l'activité irrégulière d'un être qui par essence est irrégulier. Le déséquilibré n'est pas plus porté par sa nature vers le crime qu'il ne l'est vers les bonnes œuvres qu'il accomplit souvent avec une irrégularité maladive. Songera-t-on à identifier ses bonnes actions avec la tare dégénérative? Évidemment non. Crime et bonnes œuvres seront deux modes de réaction opposés, commandés par des circon-

stances multiples, chez le déséquilibré comme chez l'homme sain d'esprit, sans qu'il appartienne plus au premier de devenir un criminel qu'au second de devenir un honnête homme. La dégénérescence n'enfante pas plus la propension aux actes immoraux, obscènes, etc., que l'expansivité philanthropique du raisonnant. Ce qu'elle crée, c'est un terrain en vertu duquel les causes génératrices, extrinsèques ou intrinsèques, du crime agiront d'une façon plus intense parce que ce terrain résiste moins ou parce que ces causes seront appréciées d'une façon toute spéciale par le dégénéré. Celui-ci deviendra plus facilement criminel que l'homme bien pondéré, de même qu'il délirera plus facilement que lui, mais il n'aura pas en lui le germe du crime; le crime ne s'accomplit pas chez lui en vertu d'une fatalité native. Il ne faut pas confondre la semence avec le terrain propice à sa germination. Bref, il n'existe pas de raison de confondre ensemble dégénérescence et criminalité ; le crime n'est pas plus un syndrome faisant partie de l'histoire des dégénérés qu'il ne fait partie de celle de la paralysie générale. Ici et là il n'est qu'un accident.

Mais poursuivons. Il est vrai encore que beaucoup de criminels sont porteurs de stigmates de dégénérescence. Faut-il en conclure que crime et dégénérescence ne font qu'un? Évidemment non. Si ces criminels sont physiquement stigmatisés du vice héréditaire, cela prouve qu'ils sont dégénérés et rien de

plus ; nous rentrons alors dans le cas précédent et les mêmes réflexions trouvent ici leur place. Les stigmates décrits par Lombroso et, d'une façon générale, par tous les criminalistes, sont communément ceux que l'on observe chez les dégénérés non criminels.

Faut-il maintenant s'attarder à combattre le type criminel? Les stigmates physiques n'indiquent pas plus le crime ou tel genre de crime qu'ils n'indiquent les autres bizarreries mentales dont la collection est si grande chez le déséquilibré. Les uns et les autres se sont développés parallèlement sans s'influencer réciproquement. En supposant que le crime soit une matière anthropologique définissable, les stigmates physiques ne l'annonceraient pas plus que le tophus n'indique la lithiase biliaire, bien que la goutte et la lithiase biliaire soient deux syndromes communs à un même état dystrophique général. Les stigmates physiques pourraient dénoncer l'état dégénératif dont le crime serait une autre manifestation, mais rien de plus.

Combien voit-on encore de criminels, même parmi les plus récidivistes, qui ne sont porteurs d'aucune tare physique, et combien encore de dégénérés criminels dans le même cas? Et inversement, combien ne voit-on pas de dégénérés parfaitement stigmatisés au point de vue physique et dont l'existence est à jamais indemne de toute tentative nuisible? Le Congrès d'anthropologie criminelle qui s'est réuni à Paris en

1889 a pu rencontrer les preuves cliniques de ce que nous avançons dans un choix d'individus que l'un de nous lui a présentés à Sainte-Anne. Il n'est pas difficile de trouver des criminels porteurs, par exemple, des stigmates accusateurs du meurtre, au dire de l'école italienne, et qui n'ont commis que des vols, sans même une tentative meurtrière. Combien d'autres commettent des crimes dont ils n'ont aucun stigmate, et ne commettent pas ceux dont ils ont les stigmates? L'occasion en a manqué, objectera-t-on. Il est bien difficile d'admettre que le criminel prédisposé au meurtre, au vol, ou à la pédérastie n'ait jamais rencontré, dans son milieu de vie habituelle, l'occasion d'agir dans ce sens, d'autant mieux que, fatalement prédisposé, il n'a pas à attendre cette occasion, il doit la faire naître ou tout au moins la rechercher. Mais, en l'admettant ainsi, dès lors qu'on fait intervenir le facteur occasion, n'est-ce pas réduire de beaucoup le facteur prédisposition et les tendances fatales qui l'accompagnent ? Reconnaître dans la genèse du crime l'influence possible de l'occasion, n'est-ce pas faire du même coup du crime, tout au moins dans certains cas, une éventualité étrangère à l'individu ? N'est-ce pas admettre tout au moins que ce crime peut être, suivant l'importance de l'occasion, un acte accessible à tout être sur lequel ne pèse aucune tare? Cela nous paraît évident. Si donc le crime peut avoir une origine étrangère au criminel, la théorie de la prédisposition

se trouve détruite, tout au moins dans ses conclusions absolues.

Ce que nous venons de dire s'applique en grande partie à la réfutation du criminel-né qui n'est que la synthèse dogmatique des types variés de criminels. Criminel-né se dit de l'être qui naît avec les attributs moraux et physiques du criminel. Nous avons vu que ces attributs n'avaient rien d'absolu ; que, lorsqu'ils existent, ils ne sont pas plus significatifs de tel genre de crime qu'ils ne le sont de la criminalité elle-même. Ces prétendus attributs ne sont autres que les stigmates de la dégénérescence, d'où il suit que ceux qui en sont porteurs sont des dégénérés. C'est dire conséquemment que le crime est un état dégénératif et par suite un état morbide. Donc, le criminel est un malade.

Si cette affirmation était bien logiquement déduite de faits observés et hors de contestation, ses conséquences pratiques seraient considérables. Mais, quelles qu'elles fussent, il faudrait les accepter. Malheureusement les criminalistes qui les ont adoptées ont par trop préjugé la question de savoir ce qu'est un crime. C'est là une question préalable qui n'a pas encore reçu sa solution, de telle sorte que la théorie tout entière est construite sur des bases hypothétiques, et qu'elle n'est elle-même qu'une hypothèse, quelles que soient ses apparences scientifiques et positives. Parler de criminel-né revient à dire que l'on naît doué d'aptitudes à commettre des actions sur la valeur desquelles tout le

monde discute. N'est-ce pas dire que le criminel-né n'existe pas. Voilà le côté erroné de la doctrine lombrosienne. Mais elle a son côté vraisemblable. Critiquons-le.

Il est toute une catégorie de criminels qui naissent non pas criminels, mais avec les aptitudes maximum à le devenir, suivant les circonstances. Ceux-là, appelons-les, si l'on veut, des criminels-nés. Or, nous avons vu ce qu'ils sont, ce sont des dégénérés, des malades; nous les connaissons aussi sous une autre dénomination, celle de fous moraux. Lors donc que le crime-né existera, il sera synonyme de folie morale, de dégénérescence. Mais nous sommes ici sur un terrain pathologique, du ressort exclusif du médecin, de l'aliéniste. On ne saurait dire, et Lombroso lui-même ne le ferait pas, que tous les criminels sont des fous moraux. Ces malades ont des caractères spéciaux bien connus ; s'ils sont des criminels aux yeux de la loi, aux yeux du juge, pour le médecin, ils ne le sont pas, et ils ne peuvent l'être. N'est-ce pas la meilleure démonstration que l'acte légalement qualifié crime ne peut servir de base d'appréciation du criminel, puisque, chose essentiellement relative, il cesse d'être crime dans certaines circonstances déterminées?

Le criminel-né n'existe pas, ou, s'il existe, c'est un malade. Cette formule dont nous empruntons les termes à M. Garnier, réduit à sa juste valeur l'œuvre si considérable de Lombroso. Crime et dégénérescence

ne peuvent être identifiés. L'idée de Lombroso est vraie pour quelques cas : elle devient une erreur si on la généralise. Il nous devient facile maintenant de fixer les rapports vrais de ces deux facteurs : crime et dégénérescence. Ces rapports peuvent être exprimés par quelques aphorismes.

1° *Les dégénérés peuvent devenir criminels*, et ils le deviennent plus souvent sans doute que les êtres non dégénérés, parce qu'ils s'adaptent moins commodément que ces derniers aux conditions de vie régulière et aux conventions incompatibles avec les actions légalement qualifiées crimes.

2° *Certains criminels présentent des stigmates de dégénérescence.* Bien que ces stigmates ne puissent avoir aucun rapport d'indication avec les actions commises par ceux qui en sont porteurs, ils signifient tout au moins que ces criminels sont des dégénérés.

3° Mais si le dégénéré peut être criminel, et si le criminel peut être un dégénéré, *il y a aussi des criminels qui n'ont aucun des caractères de la dégénérescence.* Il faut faire une différence entre le criminel morbide et le criminel vulgaire. Le premier seul répond à la description du criminel-né, encore que cette expression consacre une erreur, en tant qu'elle proclame comme fatales des aptitudes à agir dans un sens qu'une convention seule définit coupable.

Il nous reste à répondre aux arguments tirés de la parenté, évidente dans certains cas, de la dégéné-

rescence, de la folie et du crime. Cette connexion n'est qu'apparente. Si elle était réelle, elle prouverait tout simplement que le criminel peut être un dégénéré ou que le dégénéré peut être un criminel. Elle n'identifierait en aucune façon le crime et la dégénérescence, pour ce fait, déjà amplement indiqué, que le crime n'est rien de défini en soi, qu'il est toujours une action discutable. Enfin, si elle prouvait encore que le dégénéré peut être plus souvent que tout autre un faible, un incapable, un être qui succombe facilement dans la lutte, elle n'indiquerait pas que crime et folie, qui sont d'ailleurs deux choses incomparables, doivent être confondus.

Cette grave question des rapports de la criminalité et de la dégénérescence méritait les développements dans lesquels nous sommes entrés. La théorie anthropologique qui tend à les confondre, compte de nombreux partisans, et ses conséquences sociales, si elle était rigoureusement exacte, préoccuperaient à bon droit tous les esprits.

Nous ne dirons que quelques mots maintenant des deux théories qui ont fait du crime, l'une un état *atavique*, l'autre un état *régressif*.

L'une et l'autre commettent encore l'erreur d'envisager le crime comme une entité bien définie; l'une et l'autre, considérant encore le crime comme une aberration étrange, accessible seulement à quelques-uns, admettent implicitement l'apport à la naissance d'ap-

titudes spéciales, à la réfutation desquelles nous nous sommes appliqués.

Ces deux théories sont, en vérité, identiques; une seule différence les sépare. La théorie atavique ne considère pas le criminel comme un être pathologique; la théorie régressive le confond avec le dégénéré. Nous avons montré ailleurs (chap. III) qu'on ne saurait confondre dégénérescence et régression. Si l'on admet la confusion, nous n'avons rien à ajouter aux arguments que nous venons de développer; si le régressif est un atavique pur et simple, les deux théories n'en font qu'une et c'est l'idée seule du crime, considéré comme phénomène d'atavisme, qu'il nous reste à combattre.

La théorie de l'atavisme repose sur les rapports de similitude qui paraissent exister entre le physique et le moral du criminel et ceux que l'on attribue aux ancêtres de l'espèce. Le criminel est, affirme-t-on, un homme primitif égaré au sein de la civilisation moderne. Les ancêtres étaient plus criminels que nous; ils avaient les vices, les instincts, les passions et les penchants que l'on retrouve chez nos criminels modernes.

Ce sont là des conceptions bien étranges. De quel droit déclare-t-on que le taux de la criminalité était plus élevé chez les ancêtres que de nos jours? Sur quelle base scientifique appuie-t-on cette affirmation, si peu flatteuse pour ces derniers? De quels ancêtres parle-t-on d'ailleurs? Où commence et où finit l'ancêtre criminel auquel nous pouvons comparer notre criminel

d'aujourd'hui? Le connaît-on? L'a-t-on décrit? Il est tout aussi hypothétique que l'homme normal auquel on a proposé de comparer le dégénéré. On a procédé par assimilation, en comparant d'une part le criminel à l'homme sauvage, et en supposant d'autre part que l'ancêtre devait reproduire le type de l'homme sauvage actuel. Admettons-le un instant. Mais de quel droit considère-t-on maintenant l'homme sauvage comme un type plus criminel que l'homme civilisé? Nous voyons ici poindre la confusion. L'être brut, inculte, l'arriéré, le sauvage si l'on veut, est un être plus instinctif, moins intellectuel que l'homme cultivé, que celui qu'on est convenu d'appeler civilisé. Ses actions répondent par suite, beaucoup plus souvent que les nôtres, à l'idée plus ou moins étroite que nous nous faisons du crime. Cela prouve-t-il encore qu'il soit plus criminel, ou mieux plus porté au crime par sa nature primitive, que nous autres? La réponse affirmative préjuge toujours la définition même de l'acte criminel qui est, il faut bien s'en convaincre, tout entière à trouver et qui est avant tout une matière conventionnelle.

Peut-on s'appuyer davantage sur les similitudes de l'état physique? Ce serait nne grossière erreur d'observation qui consacrerait une fois de plus la confusion tant de fois faite entre l'état normal et l'état pathologiqne. Oui, la microcéphalie, par exemple, est un trait commun aux criminels et aux races arriérées, mais on ne peut comparer un crâne dont la faible capacité est

en rapport avec un organe en cours de développement, avec un crâne dont la faible capacité est due à des synostoses prématurées et essentiellement morbides. On en peut dire autant de toutes les prétendues analogies morphologiques que l'on a cru trouver entre l'homme criminel et l'homme primitif. La similitude serait-elle parfaite, il faudrait prouver au moins que toutes ces imperfections natives sont indicatrices de la criminalité; nous avons vu ce qu'il fallait en penser à propos du criminel-né.

Nous croyons avoir mis au point la question des rapports de la dégénérescence et de la criminalité. Il résulte de notre étude que l'*acte qualifié crime n'a par lui-même aucun caractère spécifique* qui puisse servir de base à une classification des criminels ni à une différenciation entre le criminel dégénéré et le criminel vulgaire. Le mot *crime* est un terme qui s'applique seulement à toute une catégorie d'êtres *nuisibles*, quelle qu'en soit l'essence, quels que soient leur état d'esprit, leurs attaches héréditaires et leurs caractères anthropologiques. Donc, le crime n'est pas un phénomène dégénératif; nous avons vu qu'il n'était pas non plus un phénomène atavique ou régressif.

Aucune des doctrines que nous avons examinées ne donne pleine satisfaction à l'esprit ni au point de vue théorique, ni au point de vue pratique. L'expert, il est vrai, n'a pas à se soucier des divergences d'opinion

relatives aux origines de la criminalité, à l'existence ou à la non-existence du libre arbitre; il ne demande que les moyens d'éclairer sa religion, pour ensuite guider le magistrat en déclarant à bon escient que tel est responsable, que tel autre ne l'est pas. Mais les discussions théoriques ont bien quelque portée, et, lorsqu'il s'agit surtout d'une matière variable comme le crime, les règles pratiques découlent fatalement de conceptions théoriques. Or, l'on ne peut rester aujourd'hui indifférent à l'évolution de l'anthropologie criminelle qui annonce, pour un avenir peut-être assez prochain, un remaniement complet de nos codes et le bouleversement de nos systèmes pénaux. Il est impossible que l'expert ne s'inspire pas, dans ses déterminations, des données positives de cette nouvelle science, d'autant plus qu'elles peuvent contribuer, ainsi qu'on le verra, à lui donner une grande aisance en face des graves problèmes qu'il est appelé à résoudre, tout en lui permettant de concilier les exigences de sa conscience avec celles de son mandat.

C'est donc à l'anthropologie criminelle que nous emprunterons des notions exactes pour étudier le crime et le criminel et en déduire quelques indications générales en ce qui concerne la médecine légale des dégénérés.

Deux écoles criminalistes sont aujourd'hui en présence : l'une, la plus ancienne, est l'*école dite classique* de droit pénal, par opposition à la seconde, de création

récente, et que l'on nomme l'*école anthropologique*. Les principes de ces deux écoles sont tout différents.

Nous aurons peu de chose à dire de ceux de l'école classique qui ont régné de tout temps, et qui ont servi de base à l'édification de tous les codes. Pour elle, il existe une loi morale; le bien et le mal, le juste et l'injuste ont des caractères irréductibles. En outre, l'homme raisonnable a le pouvoir de choisir entre l'un ou l'autre et il est libre de se déterminer. Ce sont là des données psychologiques que tout le monde connaît. Leurs conséquences sont très simples; le crime est une chose parfaitement définie et indiscutable : c'est un attentat à la loi morale. L'homme conscient et jouissant de son libre arbitre est responsable; il est par suite punissable. Le talion est un principe qui forme la base de toutes les législations. Dès lors tous les arrêts judiciaires ont un caractère très net de représailles qui sont évaluées, fragmentées suivant les circonstances, et mises en rapport avec la valeur supposée de l'infraction à la loi morale.

Nous nous étendrons davantage sur les principes de l'école anthropologique, dont l'existence a été quasi proclamée lors du dernier congrès d'anthropologie criminelle tenu à Bruxelles en 1892. Cette école entend étudier crimes et criminels à l'aide des méthodes scientifiques, et les considérer comme autant de phénomènes accessibles à l'analyse. Elle se défend par conséquent de tout *a priori;* elle n'est inféodée à

aucun dogme. Son point de départ est l'observation pure et simple; elle analyse et ne hasarde de conclusions qu'autant qu'elle est en possession de faits établis. Appliquons sa méthode à la critique des bases mêmes de l'école classique.

L'anthropologiste se refuse tout d'abord à reconnaître l'existence d'une loi morale immuable. Il observe au contraire que la morale est une chose essentiellement conventionnelle, qu'elle varie selon les temps, selon les lieux, que chaque âge de l'évolution humaine a possédé son code moral. Le bien et le mal, le juste et l'injuste, sont des mots qui ne désignent rien que de relatif, il est aussi impossible au boschiman le plus arriéré qu'au philosophe le plus transcendant de définir ce qu'est en soi le bien, ce qu'est en soi le mal. Ces deux choses évoluent avec les sociétés et se modifient suivant les circonstances, non pas seulement individuelles, mais encore collectives par lesquelles les unités elles-mêmes sont constamment influencées. Les bases sur lesquelles ont été édifiés les divers systèmes philosophiques de morale ont été aussi nombreuses que les philosophes eux-mêmes et aussi incertaines que nombreuses. On peut affirmer qu'il n'est pas deux hommes qui mettent en pratique les mêmes principes de morale; aucun système n'a prévalu si ce n'est, dans un groupe social déterminé, la codification des us et coutumes en honneur chez la majorité. Il n'y a rien là que de conventionnel et cette sorte de contrat a subi les fortunes les

plus diverses, les modifications les plus opposées aux différentes époques de l'histoire de l'homme. Voilà ce que l'observation enseigne.

L'on peut objecter que, malgré tout, une sorte de doctrine morale semble s'être constituée partout, dans tous les groupes sociaux, même les plus inférieurs, avec des caractères à peu près uniformes, ce qui semblerait prouver que la conception du bien et du mal n'est pas seulement affaire de convention, mais découle de principes plus élevés. Ce fait incontestable n'infirme en aucune manière le caractère évolutif de la morale; il prouve seulement que les besoins de l'être individuel et de l'être collectif sont partout les mêmes et ont partout exigé les mêmes garanties. Au point de vue social, le bien et le mal sont *conditionnés* par les exigences des rapports collectifs. La morale a pour base les principes mêmes de la solidarité qui assure le fonctionnement régulier, présent et futur, de la collectivité. Au point de vue individuel le bien et le mal sont *conditionnés* par les exigences de la conservation propre et celle de l'espèce. C'est toujours aux grandes vérités mises au jour par la science anthropologique qu'il faut en revenir quand on veut discuter ces questions de haute philosophie pratique.

Si, d'après les données anthropologiques, la morale est une matière essentiellement changeante et évolutive, le crime lui-même ne comporte pas une définition univoque. Les actions nuisibles, en effet, n'ont été quali-

fiées crimes qu'autant qu'elles contrevenaient aux principes de morale en cours, lesquels principes étaient variables. Cela a toujours été et c'est encore vrai de nos jours où l'on voit le meurtre sinon en honneur, du moins considéré comme œuvre utile dans certaines peuplades sauvages, alors qu'il est puni de la peine capitale dans notre société. Le crime n'a rien en soi d'absolu, il est relatif, il est chose conventionnelle. Sa valeur en tant qu'acte réprouvé par la loi est conditionnée par une foule de circonstances individuelles et extra-individuelles dont la principale réside dans le degré d'évolution plus ou moins avancé où se trouve telle ou telle société. Nous en avons vu un exemple dans le meurtre dont nous venons de parler. Si le sauvage tue les vieillards, c'est qu'ils sont devenus par leur faiblesse et leur inutilité, un obstacle à l'évolution de la tribu sauvage. Il croit accomplir une œuvre utile à la collectivité. Si ce meurtre est inversement un acte criminel dans une société avancée, c'est que l'évolution a développé des sentiments d'altruisme et de solidarité qui n'existent qu'à l'état imparfait chez l'arriéré ; c'est qu'en outre il n'existe plus de motifs d'intérêt collectif à la suppression des êtres faibles. Le crime est donc, suivant l'expression de M. Manouvrier, une matière essentiellement sociologique.

Il n'est question ici, bien entendu, que du crime en tant qu'action nuisible à autrui, car l'action nuisible que l'homme commet contre lui-même, est exclue des

sanctions pénales, à moins qu'elle ne se répercute sur autrui.

Quelque conventionnelle que soit la définition de la morale et du crime, elle n'en sert pas moins de base à l'édification des codes pénaux qui, par leur système de répression graduée, ne sont en vérité que la formule de la défense sociale et de la préservation contre les êtres qualifiés criminels, ou mieux nuisibles. Mais dans quelle mesure ces représailles sont-elles justifiées, jusqu'à quel point la société a-t-elle le droit de fragmenter les peines en donnant aux actes qualifiés crimes, une valeur déterminée? Y a-t-il erreur ou simplement exagération dans l'exercice de son droit de défense de la part de la société? C'est ici que se dresse la grosse question des responsabilités que l'anthropologie criminelle tend à résoudre d'une façon nouvelle et plus appropriée aux notions qu'elle a acquises.

L'anthropologiste ne voit dans le crime qu'un mode de réaction contre un certain état de choses reconnu utile et convenable pour le bien général. Cet état de choses doit être maintenu dans l'intérêt de tous et la loi est chargée d'immobiliser l'individu qui s'insurge contre lui. D'autre part, pour l'anthropologiste le criminel est un être sollicité inégalement, mais toujours, par deux ordres d'influences : par des influences intrinsèques, individuelles, elles-mêmes biologiques, s'il est réputé normal, biopathologiques, s'il est réputé malade ou dégénéré ; et par des influences extrinsèques, sociales.

Ces influences, biologiques ou pathologiques, relèvent toujours plus ou moins directement des influences extrinsèques, et particulièrement sociales. Il n'est nullement question ici, on le voit, d'une détermination de la responsabilité individuelle, qui ne fait rien à la chose. Le criminel est-il responsable et punissable ou ne l'est-il pas? Nous n'en savons rien, car nous ignorons s'il jouit de son libre arbitre; nous ne savons qu'une chose, c'est qu'il nuit aux intérêts de tous.

L'étude comparative du crime, matière sociologique, et du criminel, matière anthropologique, révèle donc un point important: un antagonisme entre l'individu et la société, d'où résulte le crime. Cette constatation est pleine de conséquences. De quel côté est le crime? Il peut être imputable à l'individu, comme il peut l'être à la société. Il peut être aussi bien l'action nuisible de la collectivité envers l'unité que celle de l'unité envers la collectivité. Le plus souvent il est imputable aux deux à la fois. D'où deux ordres de responsabilité, celle du criminel et celle de la société, conséquence de ce fait qu'il existe dans l'étiologie du crime un facteur individuel et un facteur social. Pour l'école classique ce facteur social entre à peine en ligne de compte; il ne constitue pas en tout cas un principe; il est laissé tout entier à l'appréciation du magistrat chargé d'appliquer la loi. C'est une grosse lacune.

Quelles sont maintenant les conséquences pratiques de cette façon toute nouvelle de comprendre les choses?

Quel que soit le crime dans son essence, et quel que soit le criminel, nanti ou non de sa responsabilité, dès lors qu'il y a action nuisible, le droit d'agir contradictoirement est acquis à la loi. Le principe de la préservation sociale est sacré : il est proclamé bien haut par l'anthropologiste, qui aboutit au même résultat que la vieille école classique. Mais il dénie du même coup à la société le droit de graduer les peines, ce qui suppose que le crime possède une valeur intrinsèque calculable. Or le crime est chose variable et le libre arbitre appartient encore au domaine de la métaphysique.

En même temps qu'elle exerce son droit de défense, la société, consciente de ses erreurs et de sa part de responsabilité, doit considérer comme un devoir de payer sa part de dette. Elle ne le peut qu'en unissant systématiquement aux mesures de répression des mesures d'atténuation. Pratiquement elle change de fond en comble les modes habituels de répression et les divers régimes pénitenciers. C'est dans ce but qu'elle fait de la peine, qu'elle est forcée d'appliquer, un moyen de relèvement et de réhabilitation pour le criminel. Ce n'est pas tout. La meilleure partie de son action consiste à prévenir le crime par tous les moyens possibles, afin de diminuer le nombre des circonstances où elle est obligée de sévir. La prophylaxie du crime doit être sa constante préoccupation. Il en est de ce mal social comme des maux du corps ; mieux vaut les éviter que d'avoir à les traiter. Ce n'est pas ici le lieu d'indiquer

ou d'étudier les moyens d'y parvenir; c'est affaire à la sociologie. Cependant l'on peut dire d'une manière générale que la substitution progressive des prisons-asiles, où serait institué le traitement moral des condamnés, aux établissements pénitentiaires où les condamnés subissent uniquement les rigueurs d'une peine morale et corporelle, est un des modes d'action proposé par l'anthropologiste. Comme corollaire, les pénalités temporaires seraient abolies; il n'est pas possible de les déterminer d'une manière équitable, pas plus qu'il n'est possible de chiffrer la valeur exacte d'un crime. Les peines doivent être illimitées et leur durée proportionnée à la durée même des tendances nuisibles du condamné et aux résultats de son traitement. C'est ici que l'union intime des lumières du magistrat et du médecin pourra produire les plus heureux résultats tant au point de vue de la sécurité publique qu'au point de vue même de l'équité.

Résumons en quelques mots les principes de l'école anthropologique : La morale est évolutive et changeante; le crime lui-même est évolutif et changeant. Donc les systèmes pénaux qui ne peuvent être basés sur l'existence hypothétique d'une loi morale, ni sur la valeur des actes qualifiés crimes, ne peuvent être qu'une série de conventions ayant pour but : la préservation sociale contre les nuisibles. La durée des peines doit être proportionnée à la durée du danger couru, car tout tarif pénal suppose l'évaluation exacte de la valeur du crime,

et ce qui est plus grave, l'évaluation du degré de responsabilité. La société enfin ayant sa part de responsabilité dans le crime individuel et n'ayant qu'un droit, celui de se préserver, a le devoir, tout en protégeant le criminel contre lui-même et en se protégeant contre lui, de chercher à l'amender en donnant, d'autre part, tous ses soins à la prophylaxie du crime.

Tel est l'état actuel de la question criminelle; nous l'avons indiqué dans ses termes contradictoires en rappelant d'une part les principes de la vieille école classique et, d'autre part, ceux de l'école anthropologique.

Il n'est pas douteux que les données positives de cette dernière école continuent à féconder les réformes de l'avenir comme elles ont commencé à le faire déjà. Bien que les données anthropologiques n'aient pas encore produit tous les résultats qu'on est en droit d'en attendre et qu'elles ne puissent servir de base unique aux jugements des experts, il n'était pas possible de les passer sous silence. Elles peuvent tout au moins dicter à ces experts des déterminations qui eussent paru autrefois très hasardées, et qui le paraîtront de moins en moins, si l'on en juge par ce fait que les magistrats s'imprègnent de jour en jour davantage des idées nouvelles. Le congrès de Bruxelles est un éclatant témoignage de ce progrès de l'opinion; en dehors des discussions dogmatiques et théoriques qui ont pu diviser encore les esprits, on ne peut méconnaître, qu'à la louange de la magistrature de tous les pays, un élan

s'est manifesté, tendant à fusionner sur le terrain de la pratique, les efforts du juge et de l'homme de science, au grand avantage de l'équité.

Quoi qu'il en soit, à l'heure actuelle, lorsque l'on discute un sujet de médecine légale, il faut encore compter avec les codes tels qu'ils sont constitués, et tenir compte des doctrines qui les ont inspirés, relatives à la responsabilité humaine. Comment faut-il entendre cette question de la responsabilité?

Nous n'avons pas à soulever ici de discussion sur la responsabilité, mais nous devons dire qu'au lieu de poser à l'expert la question de savoir si tel criminel est ou n'est pas responsable, il serait plus juste et plus scientifique évidemment de lui poser ces deux autres questions : Le crime dont il s'agit, n'est-il qu'un accident ou bien le criminel offre-t-il des caractères indiquant une tendance habituelle à s'insurger contre les lois et combien cette tendance à nuire peut-elle durer? Mais il faut avouer qu'une réponse positive à ces questions, qui seules ont un caractère scientifique, ne permettrait pas au magistrat l'application de modes de répression autres que ceux qui existent quant à présent. Force est donc à l'expert de conclure à la responsabilité ou à l'irresponsabilité des sujets. Pour cela, il n'a qu'un moyen de se tirer d'embarras, c'est, partant de ce principe que le criminel quel qu'il soit est un nuisible, de considérer la responsabilité à son point de vue social, objectif, plutôt qu'à son point de vue individuel, sub-

jectif[1]. Ainsi considéré, le mot *responsabilité* devient alors équivalent de dette à payer pour un dommage causé; c'est affaire de solidarité, de mutualité; cela dispense de résoudre la question philosophique. Dans l'appréciation de ce mode de responsabilité, l'expert peut alors s'inspirer largement des vues anthropologiques que nous avons esquissées, en faisant la balance de ce qui revient dans le crime au criminel, et de la part qui devrait incomber à ses facteurs extrinsèques.

C'est dans ce sens que peut encore se résoudre la question de responsabilité partielle ou atténuée, afin qu'à côté de l'isolement réclamé pour l'être nuisible, au nom de la sécurité publique, il soit tenu grand compte de certaines particularités accessoires du crime. En considérant encore ici la question de responsabilité à un point de vue purement social, l'expert peut permettre au tribunal l'application d'une peine atténuée, sans qu'il ait besoin d'employer dans son rapport les termes si discutés de responsabilité partielle. L'étude qu'il aura faite du crime dans ses relations avec la personnalité du criminel et avec les circonstances accessoires qui ont précédé ou accompagné le crime, lui permettra de formuler dans ses considérants le coefficient de nocivité de son malade, et non plus son degré de responsabilité, coefficient qui servira de base aux appréciations du tribunal.

Toutes les considérations précédentes, en raison de leur sens général, s'appliquent parfaitement à la méde-

cine légale du dégénéré, et notre travail s'en trouve abrégé d'autant.

Le dégénéré est-il responsable? Si l'on considère la responsabilité au point de vue individuel, la réponse ne peut être que négative, car, par définition, le dégénéré jouit d'un état mental nativement irrégulier; son équilibre défectueux, qu'il ne lui appartient pas de régulariser, et qui le dispose éminemment à s'insurger contre l'ordre des choses reçu, se manifeste dans la plupart de ses actions. Son libre arbitre, si tant est qu'il existe, est fatalement entaché d'impuissance. Dans la pratique, c'est le dégénéré qui soulève les plus grosses difficultés médico-légales, et c'est pour lui qu'a été imaginée l'idée d'une responsabilité partielle. Ce malade peut-il effectivement n'être mal équilibré que sous certains rapports, et rester libre d'agir dans tel ou tel sens, sous d'autres rapports? Suffit-il qu'il soit conscient de ses actions pour que la responsabilité de celles-ci lui soit imputée? Ce sont autant de questions bien épineuses dont la solution reste toujours des plus difficiles.

Ce n'est pas, on le voit, sur le terrain psychologique qu'il faut se placer pour résoudre ces questions, et les conceptions modernes de l'anthropologie criminelle, en donnant à l'action qualifiée crime une signification très étendue et toute nouvelle, permettent de tourner la difficulté en attendant que les législations réformées autorisent l'usage de modes de répression mieux en

rapport avec l'idée qu'on doit se faire du crime. Au point de vue social, le dégénéré criminel est un nuisible tout comme le criminel vulgaire; on doit s'en garantir avec la même énergie. C'est à ce point de vue seul qu'il est possible de parler de responsabilité atténuée, ces deux termes signifiant alors l'isolement du nuisible pendant une durée proportionnelle à son degré de nocivité et justement variable avec ce degré. C'est du moins ainsi que doit l'entendre l'expert, puisque le juge est impuissant encore à tarifer la répression d'après le degré de nocivité. Le dégénéré se trouve être simultanément irresponsable et responsable : irresponsable en principe, puisqu'il est dégénéré, et responsable au point de vue social, puisqu'il est nuisible. Le déclarer irresponsable, c'est, comme on l'a dit, tendre à affaiblir la répression, car le nombre des criminels dégénérés est considérable; n'oublions pas en outre que leur qualité d'irresponsables les désignerait tous indifféremment pour l'asile d'aliénés. Déclarer le dégénéré criminel responsable, en ne se plaçant alors qu'au point de vue social, c'est placer le juge dans un grand embarras, et l'obliger à appliquer une peine injuste. On voit donc la nécessité pour l'expert, dans l'état actuel des choses, de réclamer ce qu'il est convenu d'appeler une atténuation de peine.

Sur quoi se baseront les appréciations de l'expert pour réclamer cette atténuation, et comment pourra-t-il évaluer le coefficient de nocivité du criminel ? Il

est difficile de tracer des règles générales, car ici, les questions d'espèces, qui sont si multiples et si variées, priment toutes les autres. Pourtant deux éléments de jugement devront intervenir, l'un tiré de l'examen même du criminel, et l'autre de l'étude du crime.

Au point de vue individuel, le degré de dégénération sera tout d'abord déterminé. Les deux premiers degrés, l'idiotie complète et l'imbécillité, n'offrent pas matière à discussion. L'idiot et l'imbécile sont aussi pleinement irresponsables au point de vue psychologique qu'ils sont responsables en tant que nuisibles. Si le premier cas est la négation absolue de toute pénalité, le second indique un isolement absolument illimité.

Le débile ou simple d'esprit apprécie difficilement la valeur de ses actes ; il n'a que rarement la pleine conscience de la valeur morale qu'on peut leur attribuer dans son milieu habituel. C'est de lui que l'on peut dire que son crime est en général un accident. L'atténuation de peine trouve alors sa légitimation dans cette idée même d'accident, et dans le degré de résistance que sa nature maladive et déséquilibrée lui aura permis de déployer contre les sollicitations extérieures au crime. L'importance de ces sollicitations est énorme ; elles peuvent être étrangement puissantes dans certains cas, et même assez puissantes pour innocenter un être bien équilibré. Il y a, dans ces cas délicats, une sérieuse balance à faire, et l'on conçoit combien peuvent être utiles à l'expert d'amples con-

naissances relativement à l'étiologie sociale du crime, telle que la conçoit l'anthropologie. Cette balance est, il faut bien l'avouer, livrée absolument à l'arbitraire, car il n'existe aucune mesure capable de jauger exactement la valeur intellectuelle et morale du dégénéré et celle des circonstances accessoires du crime. Elle est tout aussi arbitraire d'ailleurs que le tarif des pénalités qui servent de sanction au crime. Mais pour arbitraire qu'elle soit, c'est la seule arme que possèdent médecins et magistrats pour protéger le déséquilibré contre lui-même et contre la société, et inversement la société contre le déséquilibré.

Ces mêmes particularités s'appliquent au malade que nous avons qualifié cliniquement du nom de dégénéré supérieur, cet être qui, malgré le développement souvent très large de ses facultés intellectuelles, ne présente pas moins d'étranges lacunes qui le rendent accessible aux suggestions criminelles si nombreuses qu'engendre l'état même de société. C'est ici surtout que l'examen approfondi des différents mobiles du crime, des mobiles individuels et des mobiles extra individuels, rendra les plus grands services. Est-il plus responsable que les simples d'esprit? C'est ce qu'il est bien difficile d'affirmer; toujours est-il qu'il est infiniment plus nuisible que ce dernier, à cause de ses moyens puissants d'action. Les dégénérés de cette catégorie récidivent au crime avec une étonnante facilité, bien qu'ils n'aient aucun des caractères du fou

moral. Cette suggestibilité si facile n'établit-elle pas d'une façon péremptoire l'importance des facteurs sociaux du crime, et n'indique-t-elle pas l'urgence absolue de mesures d'élimination autre que nos pénalités, même atténuées, contre ces êtres dangereux ? Le devoir de l'expert, dans ces cas si litigieux, sera, tout en déclarant le dégénéré éminemment nuisible, d'énumérer les circonstances capables de faire apprécier l'acte criminel en lui-même et comparativement le degré de suggestibilité ou de résistance qu'a présenté le criminel. L'expert n'ignore pas que de ses conclusions dépendent en partie le renvoi du criminel à l'asile d'aliénés, ou son renvoi pour un temps dans un établissement pénitencier. N'ayant pas à choisir d'autre alternative, la plus équitable base de ses conclusions devra reposer d'une part sur l'importance des circonstances extra-individuelles du crime dans l'espèce qui lui est soumise, et d'autre part, d'une façon plus générale, sur les caractères cliniques présentés par le criminel, semblant indiquer une tendance à la récidive.

Il n'a pas été question encore du dégénéré impulsif, de celui qui, souffrant de l'un des syndromes épisodiques que nous avons étudiés, se rend coupable d'une action criminelle ; nous désignons ici par exemple l'impulsif homicide, le pyromane, le kleptomane, le dipsomane. Il ne peut être question de responsabilité. Qu'on se rappelle les caractères de l'impulsion morbide dont le principal est l'irrésistibilité absolue. Ce caractère

suppose par définition l'anéantissement du pouvoir volontaire et par suite de la responsabilité individuelle. Mais il y a plus.

Le syndromique, pour arriver à ses fins, emploie souvent des moyens criminels qui, n'ayant plus le caractère de l'impulsion, peuvent paraître imputables.

C'est le cas du dipsomane, par exemple, qui vole pour satisfaire son besoin de boire. Ici l'action de voler, bien qu'elle ne soit pas impulsive en elle-même, est cependant commandée par un besoin impérieux, d'une autre nature, c'est vrai, mais dont elle n'est pas séparable. La responsabilité n'est plus en cause. La question médico-légale relative aux impulsifs offre un vif intérêt en ce sens qu'elle prouve surabondamment qu'on ne saurait se servir du caractère tiré de l'intégrité de la conscience pour établir la responsabilité. Le syndromique est parfaitement conscient, et il est parfaitement irresponsable.

Arrivés au terme de notre étude médico-légale, nous ne pouvons mieux faire que de souscrire aux vœux du congrès d'anthropologie criminelle, tendant à la création d'établissements que l'on a, peut-être, improprement, appelés *prisons-asiles*. Cette question se rattache au premier chef à la médecine légale des dégénérés. Actuellement, entre l'asile et la prison n'existe aucun milieu, si ce n'est cette fameuse responsabilité atténuée, qui n'est qu'une solution d'attente. Nous ne savons, ni ce qu'est le crime, ni ce qu'est la responsabilité hu-

maine; nous ne savons positivement qu'une chose : c'est qu'il y a des êtres nuisibles, que l'on qualifie de criminels et qui sont dégénérés. Un doute pèse sur la valeur morale d'un grand nombre d'entre eux et pourtant il faut s'en garer. L'asile d'aliénés ne leur convient pas, la prison les stigmatise peut-être à tort. Que faire ? Ayons des établissements où, grâce aux lumières combinées du magistrat et du médecin, l'on pourra faire du criminel une étude approfondie, tout en sauvegardant les intérêts de tous, où les méthodes de moralisation et de relèvement du criminel seront le corollaire forcé de la séquestration. La conséquence première de cette organisation sera la réforme pénale, en vertu de laquelle toute répression limitée par le temps sera supprimée comme principe, et plus équitablement proportionnée à la durée de nocivité des criminels. La conséquence seconde en sera de faciliter singulièrement la tâche du magistrat et du médecin auquel ne sera plus posé la question si discutable de responsabilité, mais seulement celle de la possibilité d'une récidive et de la durée probable de la tendance à nuire. Dès lors, à l'asile d'aliénés appartiendra le criminel nettement aliéné ; à la prison le criminel paraissant indigne d'une atténuation de peine ; à la prison-asile enfin, appartiendra le criminel sur lequel pèsera un doute, disons le mot, le dégénéré.

Quelle peut être la durée du séjour à la prison-asile et comment peut-on déterminer le moment où toute tendance nuisible aura cessé? Dans l'immense majorité

des cas, c'est affaire de tâtonnements, et l'on doit se déclarer tout aussi impuissant à dire que tel criminel ne récidivera pas, qu'on l'a été à le dire responsable ou irresponsable. La sortie définitive ne peut être prononcée que par le tribunal, après plusieurs sorties d'essai, et après qu'il aura pris connaissance du dossier médico-judiciaire relatant l'attitude du criminel à la prison-asile et les résultats de son traitement.

Les progrès futurs de l'anthropologie hâteront la solution des problèmes sociaux si complexes que soulève la question de la criminalité. Elle les résoudra tout d'abord, c'est vraisemblable, en ce qui regarde les dégénérés. Ne sera-ce pas là déjà une immense acquisition? Car, si nous n'avons pu résoudre par l'affirmative la question de l'identité du crime et de la dégénérescence, n'est-il pas vrai, que les dégénérés émargent, pour un nombre énorme, au bilan de la criminalité ?

CHAPITRE IX

TRAITEMENT DE LA DÉGÉNÉRESCENCE

SOMMAIRE. — Bases générales du traitement. — 1° Thérapeutique générale ; traitement chirurgical ; crâniectomie. — Traitement de l'arriéré : hygiène physique, traitement pédagogique, culture intellectuelle et morale ; méthode d'entraînement ; méthode sensorielle. — Rôle capital du pédagogue. — Enseignement professionnel. — De l'éducation. — Instituts médico-pédagogiques. — 2° Indications tirées du milieu ambiant et des causes de la déséquilibration ; hygiène intellectuelle. — Rôle de la famille. — De l'internement du dégénéré non délirant. — Ses indications. — 3° Prophylaxie. — La question du mariage ; le problème de la régénérescence. — Prophylaxie sociale. — Rôle et devoirs de la société.

Il peut paraître illusoire de parler de la thérapeutique des états dégénératifs. Ne sont-ils pas en effet, par définition, des états de déchéance définitive? N'est-ce pas un vice congénital destiné à se transmettre, à s'accroître de génération en génération, jusqu'à ce que l'espèce décadente disparaisse ? Il ne peut pas être évidemment question d'un traitement ayant pour fin une guérison impossible, mais il est du devoir du médecin de chercher des palliatifs à une infirmité. d'en atténuer les effets ; il lui appartient surtout d'étudier les moyens de la prévenir. Or, en ce qui concerne les dégénérés, la question de traitement se double d'une

importante question de prophylaxie, qui intéresse au plus haut point l'avenir des sociétés. L'action du médecin se borne ici à des indications générales concernant les principaux agents de la dégénérescence et les moyens d'enrayer le mouvement qui précipite l'espèce vers sa fin ; l'application appartient au sociologue et au législateur.

Le médecin peut faire beaucoup pour le dégénéré, et le présent chapitre mériterait de grands développements. Il suffit de citer les noms de Calmeil, Delasiauve, Séguin, Morel, Bourneville, pour montrer que la thérapeutique spéciale des dégénérés a captivé l'attention des esprits les plus élevés. Faute de place nous nous bornerons à des indications substantielles, sans trop pénétrer dans les détails.

Trois points principaux sont à envisager :

1° Le dégénéré est un faible, un incomplet, un *minus habens* dont il faut utiliser et développer les aptitudes natives, pour contre-balancer les imperfections qui résultent de ses lacunes.

2° Déséquilibré, et plus sensible que tout autre en face des influences extrinsèques, familiales, sociales, etc., qui déterminent le plus souvent sa manière d'être, il doit être mis à l'abri des causes de déséquilibration.

3° Taré et dangereux pour l'espèce, il doit être l'objet d'une étude prophylactique destinée à diminuer les périls qu'il fait courir.

Nous examinerons successivement ces trois points. Le dégénéré doit être traité dès sa première enfance. A ce moment son traitement est du ressort de la thérapeutique générale, car le médecin spécialiste n'interviendra qu'à l'époque du premier développement des facultés cérébrales. Il consistera surtout dans l'emploi des moyens propres à relever le taux de la nutrition, souvent languissante chez le dégénéré, et à éviter les chocs qui pourraient atteindre un système nerveux nativement irritable et enclin aux réactions graves.

Dès la seconde enfance, le dégénéré commence à se caractériser au point de vue cérébral. Il y a lieu, pour plus de clarté, de reprendre notre division des dégénérés en idiots, imbéciles, faibles d'esprit et déséquilibrés.

L'idiot et l'imbécile apparaissent stériles dès la première heure au point de vue intellectuel; ils le restent à peu près complètement dans l'avenir. Cette considération a fait penser que, peut-être, seul l'arrêt de développement du cerveau était la cause du mal, et que cet arrêt était lié, soit à des synostoses crâniennes prématurées, soit à une incapacité crânienne gênant l'expansion du cerveau. Une méthode de traitement chirurgical de l'idiotie par la crâniectomie est née récemment de cette conception théorique. Toute tentative dans ce sens est assurément louable, mais les résultats enregistrés jusqu'à ce jour ne paraissent pas encourageants. Et d'ailleurs n'est-on pas parti d'une

hypothèse souvent inexacte? Il est certain que l'arrêt de développement du crâne arrête consécutivement celui du cerveau, mais ce trouble de nutrition est loin d'être la règle. L'idiot n'est pas malade que de son crâne, il l'est aussi de son cerveau; l'on oublie que le crâne est une boîte au service de l'organe qu'il contient et dont il suit exactement l'expansion. Le microcéphale a la tête petite parce que son cerveau est petit, parce que des lésions empêchent celui-ci de se développer. Toute tentative chirurgicale, dans ce cas, ne doit-elle pas être *a priori* infructueuse? Il n'est pas enfin prouvé que le développement intellectuel soit en raison directe du développement cérébral; beaucoup de microcéphales ayant le même développement crânio-cérébral que les idiots jouissent d'une intelligence très satisfaisante, et inversement beaucoup d'idiots, sans être hydrocéphales, ont une conformation et une capacité crânienne régulières. On ne peut juger, quant à présent, la méthode chirurgicale, mais nous pensons qu'elle doit être limitée aux cas où, les fontanelles s'obturant prématurément, il y a un indice que l'ossification précoce a entravé le développement du crâne.

Il y a peu à espérer de l'idiot et de l'imbécile qui sont presque fatalement voués aux asiles d'aliénés, du moins en ce moment, car il n'existe pas encore d'asiles spéciaux pour ce genre de malades. Leur séjour dans un établissement est rendu obligatoire pour plusieurs motifs. Tout d'abord, s'ils restent dans la famille, ils

manquent le plus souvent des soins matériels que réclame leur état; ils sont fréquemment des souffre-douleurs, parfois même ils sont séquestrés à domicile; ensuite ils constituent un danger en raison de leur inconscience. Les familles aisées peuvent seules conserver l'idiot auprès d'elles; et encore ne sont-ils jamais aussi convenablement traités que dans les asiles où ils sont en sûreté, hors d'état de nuire, et où leurs rares aptitudes peuvent être méthodiquement cultivées.

Les simples d'esprit, débiles intellectuels, offrent de plus grandes ressources et les résultats obtenus par l'entrainement systématique légitiment les tentatives de redressement qui se font plus nombreuses de jour en jour ainsi que l'extension considérable que tend à prendre l'assistance des arriérés. Nous indiquerons sommairement les moyens employés. Ils constituent dans leur ensemble une méthode spéciale d'éducation et d'instruction comprenant quatre parties : *partie physique*, *partie intellectuelle*, *partie morale et partie professionnelle*.

L'hygiène *physique* a une très grande importance; le *mens sana in corpore sano* trouve son application aux dégénérés, plus que partout ailleurs. L'hydrothérapie sous forme de bains tièdes, de bains froids, de douches d'affusion; la gymnastique méthodique, réduite surtout aux exercices d'assouplissement, et réglée d'après le développement ostéo-musculaire des deux côtés du corps; tous les exercices physiques, marche au grand

air, saut, courses jusqu'aux limites de la fatigue, les travaux manuels, surtout au grand air, telles seront les bases du traitement. L'une des causes de la dégénérescence est l'étiolement dû aux milieux urbains; aussi le séjour à la campagne procure-t-il les plus heureux résultats. Beaucoup de débiles sont mous, apathiques, ils réagissent mal; leur lourdeur intellectuelle est l'image fidèle de leur anénergie corporelle. A ceux-là s'adresseront les frictions stimulantes, sèches ou aromatiques, de la peau, les bains salés, l'électrisation statique, etc. C'est en usant de tous ces moyens qu'on préparera un excellent terrain pour le développement intellectuel futur. N'oublions pas qu'il faut traiter énergiquement les manifestations diathésiques si nombreuses qu'on observe chez les jeunes dégénérés, telles que l'arthritisme, la scrofule, l'herpétisme, etc.., et qui appartiennent à la thérapeutique générale.

La thérapeutique *intellectuelle* a reçu dans ces dernières années une très grande impulsion, dans certains services hospitaliers, spécialement consacrés à l'éducation des arriérés et dont le type en France est celui de Bicêtre. L'arriéré ne peut être ni instruit ni éduqué de la même manière que les enfants normaux. On peut dire même qne les moyens usités varient presque avec chaque enfant et que la méthode dépend de l'examen médico-psychologique préalable auquel doit être livré tout arriéré. Le principe en est très simple : il s'agit de faire tourner au profit de l'instruction de l'enfant

l'utilisation des facultés existantes, tout en cherchant à développer les absentes. La méthode la plus fructueuse peut être désignée sous le nom de méthode *sensorielle*; elle consiste à se servir des sens pour faire pénétrer dans l'intelligence le plus grand nombre de notions. Tout l'enseignement doit être palpable, objectivé sous la forme de leçons de choses. C'est le seul moyen d'aller vite et sûrement au but. C'est ainsi qu'on développera tout d'abord le langage, ordinairement si tardif, et que l'on corrigera les défectuosités de l'expression verbale.

L'éducation de l'arriéré est un problème à résoudre, comme un problème scientifique; l'observation, l'expérimentation et surtout la comparaison seront les premiers auxiliaires à employer; ils feront naître plus ou moins facilement, suivant les cas, l'induction et la déduction et précéderont l'essor des idées générales qu'on a quelquefois la satisfaction de faire naître. Il est rare que ces premiers auxiliaires de l'enseignement, lorsqu'ils sont très méthodiquement employés par des maîtres intelligents, stylés et patients, demeurent infructueux. Mais beaucoup d'arriérés en restent là, c'est-à-dire à la phase d'acquisitions; c'est déjà quelque chose. Un nombre moins grand associent les idées, induisent, déduisent et développent leurs facultés syllogistiques; enfin un nombre moins grand encore acquièrent les idées générales ; on sait que le débile pèche surtout par là; c'est la caractéristique clinique de son état mental.

Les résultats maximum de l'enseignement sont exclu-

sivement l'œuvre des maîtres, dont les qualités doivent être celles du pédagogue, doublées de celles de l'observateur et du psychologue. Le maître doit graduer son enseignement pour chaque élève et non plus pour un groupe d'élèves; chacun d'eux doit être tour à tour l'objet de son attention; la durée des exercices doit être proportionnée aux aptitudes de l'élève et à la puissance d'efforts qu'il doit fournir; en général elle doit être courte. Cette formule répond à la question posée souvent au médecin concernant l'opportunité des études pour tel ou tel arriéré, chez lequel on craint l'apparition de phénomènes cérébraux ou méningitiques. L'enseignement ne peut avoir de conséquence aussi néfaste, tout au plus peut-il engendrer des accidents d'épuisement, dits neurasthéniques, chez un être à aptitudes médiocres; il importe conséquemment de proscrire l'abus du travail intellectuel, et d'indiquer pour limite à l'usage, la fatigue cérébrale et la cessation de toute acquisition nouvelle. Le tact, la patience, la prudence et le pouvoir d'analyse sont les qualités indispensables de tout pédagogue qui se voue à l'éducation des arriérés.

Nous ne pouvons nous étendre davantage sur ces différents points. Aussi bien le lecteur que la question intéressera aura-t-il tout avantage à apprendre par lui-même le détail des méthodes en visitant les services d'arriérés.

Le traitement *moral*, en raison de ses conséquences pratiques, a, croyons-nous, une importance beaucoup

plus grande que le traitement intellectuel ; il est même trop négligé en général dans les services d'arriérés où l'on se préoccupe surtout de produire des résultats qui peuvent être objectivement consacrés par un examen ou un concours. Les notions de morale s'acquièrent tout comme les autres ; on apprend le bien et le mal, le juste et l'injuste comme on apprend à lire et à compter, mais, à cette différence près, que ces notions ne peuvent être le produit de l'enseignement scolaire que chez les êtres intellectuellement bien doués. A l'asile, les notions théoriques de morale seront bien fournies par les lectures, les conversations, les dissertations orales du professeur, mais l'enseignement pratique seul atteindra le but. Il sera basé sur une discipline rigoureuse et sur l'exemple donné par le personnel. Le sentiment du juste sera inculqué par l'application des sanctions les plus rigoureuses, décernées aussi bien aux bonnes actions qu'aux mauvaises. La rigueur doit être poussée ici jusqu'au scrupule et l'on aperçoit que tout le succès dépend du choix si délicat des agents de surveillance. Il faut en outre pouvoir pratiquer une sélection parmi les arriérés ; rien n'est contagieux comme l'exemple, celui du bien autant que celui du mal ; l'arriéré est une cire molle qui reçoit volontiers toutes les impressions. Il faut obéir strictement au principe de la séparation de l'être moralisable et de l'être réfractaire au redressement. La stimulation, les encouragements, la douceur doivent être substitués à l'inti-

midation, à la terreur des peines qui influencent péniblement l'être impressionnable et l'incitent à la dissimulation. Ce sont là des principes d'éducation morale applicable à tous, mais particulièrement à l'arriéré, dont le pédagogue doit le plus souvent pouvoir faire ce qu'il veut.

L'action moralisatrice par excellence sera le travail qui nous amène sur le terrain de l'enseignement *professionnel*. Le principe est absolu, bien qu'il ne soit pas mis partout en pratique; il faut enseigner a l'arriéré un métier non seulement pour l'occuper, mais pour le mettre, si possible, en état de gagner sa vie dans la société. Cette pratique permet de conjurer bien des effets néfastes de la dégénérescence et surtout de réduire dans une forte proportion les frais d'entretien du dégénéré dans les asiles. Le choix d'une profession n'est pas indifférent. Les métiers manuels et surtout ruraux conviennent à merveille à l'arriéré. Tout ce qui contribuera à l'éloigner des centres urbains où pullulent les causes accessoires de la déséquilibration sera un bienfait. Il importe que le métier choisi expose le moins possible le malade aux dangers professionnels; les métiers sédentaires, qui se pratiquent dans un lieu étroit, à l'air raréfié et insalubre; ceux dont l'alcoolisme est trop souvent un accessoire obligé devront être proscrits. Il importera enfin de s'inspirer des goûts personnels en même temps que des aptitudes physiques et intellectuelles de l'enfant.

Tels sont les principes d'éducation et d'instruction qui doivent présider au redressement des arriérés. Dans l'espèce, l'éducation et l'instruction bien dirigées sont de la véritable thérapeutique. Le dégénéré est une non-valeur intellectuelle et un danger moral; le traitement doit avoir pour but de diminuer la première et d'atténuer l'autre.

Dans quelle mesure et comment ce traitement peut-il être appliqué? Lorsque l'arriéré reste au milieu des siens, ce qui est un désavantage, la direction doit en être confiée au médecin. Mais il est certain que le but ne peut être sûrement atteint que dans des établissements spéciaux. Les détails que nous avons donnés suffisent à montrer que les conditions si minutieuses du traitement ne sauraient être réalisées dans la famille. La future loi sur le régime des aliénés prévoit l'installation générale de quartiers d'arriérés dans les asiles; c'est un bienfait, car jusqu'ici l'assistance de ces déshérités a été livrée tout entière soit à l'initiative privée, soit au bon vouloir de quelques conseils départementaux. Mais ces quartiers spéciaux donneront-ils entière satisfaction? C'est peu probable. Leur corollaire indispensable est l'institution, dans tous les centres, d'écoles municipales ou d'instituts médico-pédagogiques, où les arriérés de toutes les classes pourront recevoir librement une instruction appropriée à leur état, sans qu'ils aient besoin de subir, par le fait de leur séques-

tration, les conséquences d'une assimilation avec l'aliéné[1].

Nous n'avons pas parlé encore du déséquilibré simple. Son instruction et son éducation peuvent être celles des enfants ordinaires, dont ils possèdent les mêmes aptitudes intellectuelles et morales, mais ils tireront un plus grand profit encore de l'éducation systématique en usage pour les autres arriérés et qui permettra, grâce à l'étude analytique de l'état mental qui lui sert de base, de corriger certaines imperfections d'équilibre qui peuvent échapper au pédagogue ordinaire.

La seconde grande règle thérapeutique que nous avons énoncée concerne l'usage des moyens propres à prémunir le dégénéré contre les causes de déséquilibration, intrinsèques ou extrinsèques, qui s'accumulent autour de lui, pendant toute la durée de son existence. Nous avons indiqué déjà quelques-uns de ces moyens en parlant de l'éducation et de l'instruction. Ce n'est pas tout. Si les deux facteurs que nous avons étudiés contribuent à rétablir chez le dégénéré un certain équilibre psycho-moral et lui communiquent un plus haut degré de résistance, ils le laissent sans arme contre bien des causes perturbatrices, pour peu que

1. V. Legrain. Des modifications à apporter à la législation en ce qui concerne l'assistance des arriérés. Projet discuté et adopté par la Société internationale d'études pour les questions d'assistance, 1891.

ces causes acquièrent une certaine puissance. Il est beaucoup plus pressant alors d'éliminer ces causes ou d'en atténuer la portée. La connaissance précise du caractère du malade et de son degré d'émotivité sera ici indispensable. Beaucoup de dégénérés sont enclins à croire au merveilleux ; ils sont portés au fanatisme ; leur esprit se frappe avec une étonnante facilité. On les détournera des pratiques religieuses exagérées, si proches de celles du mysticisme ; on éloignera d'eux toute occupation capable d'exalter leur impressionnabilité, lectures, conversations, etc. D'autres, enclins à l'hypochondrie, seront garés contre ses conséquences grâce à une éducation sévère, d'où seront exclues ces minuties, ces caresses intempestives et exagérées qui poussent fatalement le prédisposé à ne se préoccuper que de lui-même. Nous ne pouvons entrer dans le détail de toutes les situations à traiter ; disons seulement qu'en général il faut savoir, sans secousse, s'opposer aux tendances qui, en devenant peu à peu prédominantes, précipitent la ruine d'un équilibre mental déjà instable. C'est affaire au milieu familial dont l'influence ne peut être sagement dirigée que par un médecin.

Nous avons vu combien le dégénéré réagissait vivement en face de tous les moments physiologiques, la puberté, l'apparition des règles, la grossesse, l'accouchement, la ménopause, etc. Dans toutes ces circonstances, en dehors des médications ordinaires susceptibles de calmer l'irritabilité nerveuse, l'attention du

médecin devra redoubler pour supprimer toute cause de déséquilibration. Il en sera de même à l'endroit de toutes les maladies qui retentissent généralement sur le système nerveux.

A l'âge où le dégénéré est appelé à prendre une part active à la vie, il doit être l'esclave de ce qu'on peut appeler son hygiène mentale. C'est l'époque où les causes extrinsèques, tout en se multipliant, agissent avec le plus d'énergie : soucis d'affaires, chagrins domestiques, émotions diverses ; tous ces facteurs doivent être écartés. Il n'appartient pas, au dégénéré lui-même, il faut le dire, d'éviter ces agents perturbateurs ; on sait, au contraire, que, par essence, il les fait naître ou les aggrave par son attitude. Il doit être soumis, autant que possible, à l'influence de personnes bienveillantes et prudentes qui lui font sentir une autorité effective sans provoquer de réactions, et qui substituent, en vérité, une direction utile à une direction désordonnée. Le milieu familial peut être l'heureux antagoniste du milieu social. Il lui appartient de ménager au déséquilibré un genre d'occupations où ses lacunes seront moins sensibles, où ses facultés natives trouveront mieux à s'adapter, où son émotivité ne sera pas souvent en jeu. Enfin cette hygiène cérébrale comprendra, est-il besoin de l'ajouter, la proscription de tous les excès, particulièrement sexuels et alcooliques, et la pratique d'une vie habituellement bien réglée. Les influences réciproques du physique

et du moral ont ici besoin d'être minutieusement calculées.

Malgré l'usage de tous ces moyens, il faut pourtant dire que, bien rarement, ce déséquilibré échappe à quelqu'un de ces paroxysmes où, débordé par des influences pernicieuses, il voit choir complètement son équilibre intellectuel. La question de l'internement se pose alors. Doit-on interner ce déséquilibré en état de paroxysme? Une réponse affirmative ne peut faire de doute, bien que le malade, dans cette circonstance, ne remplisse pas absolument les conditions requises par la loi. Il faudrait pouvoir interner le déséquilibré qui ne peut plus lutter, quand ce ne serait que par prudence. Cette mesure offrirait les plus grands avantages, car le malade touche à un moment, où il va se nuire à lui-même ou nuire à autrui. On ne peut qu'appeler de tous ses vœux le nouveau dispositif légal en vertu duquel un malade pourra venir spontanément se faire soigner dans un asile. Il est incontestable que beaucoup de déséquilibrés simples se retrempent dans un milieu tranquille où l'existence est régulière, et qu'ils sortent au bout de quelques semaines aptes à recommencer la lutte. On ne saurait même conseiller mieux à ce genre de malades que de venir périodiquement, qu'on nous passe l'expression, faire une saison à l'asile, comme d'autres vont aux bains de mer ou aux eaux. Beaucoup de nos malades auxquels cette pratique a été enseignée s'en trouvent bien, évitent des paroxysmes certains,

sentent eux-mêmes qu'ils ont besoin de se faire soigner, et s'imposent un traitement de quelques semaines dans une maison de santé. L'hydrothérapie, les sédatifs, les bons conseils, et surtout la privation des soucis ordinaires de la vie, font seuls les frais de leur rétablissement.

Ces indications s'appliquent surtout à merveille aux obsédés et aux impulsifs (syndromiques). Ils ne trouvent généralement le repos et la guérison que dans un asile. Nous ne parlons pas, bien entendu, des cas où l'objet de l'obsession et de l'impulsion offre un caractère dangereux (impulsions à tuer, à voler. etc.) et où l'internement s'impose par mesure de sécurité générale. Mais dans ces cas même (l'obsédé est conscient, ne l'oublions pas) le malade vient souvent lui-même implorer le secours du médecin et considère sa séquestration comme un bienfait.

Il nous reste à examiner brièvement la question *prophylactique* de la dégénérescence. Nous avons vu qu'en somme, traiter le dégénéré, c'est le protéger contre lui-même et par suite éviter bien des dangers pour le milieu social. C'est déjà faire de la prophylaxie, mais peut-on faire davantage ? Nous ne sommes plus à Sparte où l'on précipitait dans l'Eurotas les êtres qui naissaient incapables de concourir au maintien du bien-être collectif, et bien des considérations condamneraient un pareil procédé, pour peu que l'idée en

vint à quelqu'un. Et pourtant, le dégénéré est un danger social, danger immédiat et surtout danger futur en ce sens qu'il reproduit un dégénéré, c'est-à-dire une moins-valeur et par suite un nouvel être dangereux. Cela nous amène à parler des trois problèmes de la *régénérescence*, du *mariage* des dégénérés et de la *prophylaxie sociale* de la dégénérescence.

Le dégénéré est-il fatalement perdu pour l'espèce, et ne peut-il, le cas échéant, remonter le courant qui l'emporte? Morel pensait qu'une régénérescence est possible. « La transmission héréditaire dit-il, peut être enrayée dans sa marche progressive en raison de différentes circonstances. L'heureuse modification apportée dans le sang par un mariage qui exclut de la part d'un des conjoints l'élément de la consanguinité ou de tout autre principe héréditaire de mauvaise nature, n'est pas une des causes les moins importantes de la régénération de l'espèce. Dans ce cas l'évolution héréditaire peut être arrêtée dans son développement et s'effacer à la longue. Quoi qu'il en soit, l'observation intime des faits m'a démontré que l'élimination des phénomènes d'hérédité maladive ne se fait jamais d'une manière subite. Il y a progression dans le sens du bien comme dans le sens du mal. »

Morel était un optimiste. En est-il de la réalité comme il le pensait? Ce n'est assurément pas scientifiquement démontré bien que la thèse n'offre rien d'improbable. Ce que l'on sait au contraire par expé-

rience, c'est que les dégénérés sont enclins à se rapprocher les uns des autres et à s'unir par le mariage. Partant de l'hypothèse possible d'une régénérescence de l'espèce, il importe que le médecin s'insurge contre toute idée d'union entre dégénérés, et surtout entre consanguins dégénérés. Ce serait autoriser la reproduction certaine de types plus défectueux. Il n'y a pas de doute à élever sur ce chapitre.

Mais le médecin est souvent consulté sur l'opportunité du mariage d'un dégénéré. Doit-il le permettre? En principe, il ne peut l'autoriser, surtout si une lourde hérédité pèse sur l'intéressé et si celui-ci présente, à l'état habituel, les stigmates de la dégénérescence. Ce n'est guère que dans ces cas, d'ailleurs, qu'il est consulté : C'est affaire d'appréciation et de conscience. En tout cas, il ne doit consentir à l'union que si l'autre conjoint est indemne de toute tare et jouit, non seulement d'un bon état de santé intellectuelle, mais encore d'une bonne santé physique.

Quel que soit l'avenir des types dégénérés qu'une union favorable semble disposer à la régénérescence, il est incontestable qu'à la société seule appartient l'emploi des moyens de guérir la dégénérescence en l'évitant et en s'opposant à sa propagation. C'est, il est vrai, une question de sociologie pure, mais de laquelle le médecin ne peut se désintéresser, car lui seul est capable d'indiquer le mal auquel il faut porter remède. Il suffit de se rappeler l'énumération que nous avons

faite des principales causes de la dégénérescence pour comprendre qu'elles sont à peu près toutes d'ordre social et évolutif. Elles sont inhérentes à l'état même de société qui les engendre. L'inégalité des conditions créée par les besoins intenses de la lutte pour vivre, la misère, l'alcoolisme, le surmenage, l'insalubrité des professions, les agglomérations urbaines, la sophistication des produits alimentaires, les maladies épidémiques et contagieuses, etc., etc., sont autant de maux qu'il appartient à la société sinon de supprimer complètement, tout au moins d'atténuer. Si le progrès, chose paradoxale, enfante les causes de la décadence, il faut qu'il sache, en revanche, en multiplier les remèdes. La dégénérescence est plus qu'une maladie individuelle, c'est un mal et un péril social; il importe de lui opposer une hygiène sociale rigoureuse. Il ne faut pas oublier que le dégénéré est un être souvent dangereux contre lequel la société veut et doit se réserver le droit de se prémunir. N'a-t-elle pas parallèlement un devoir à remplir vis-à-vis de lui, on pourrait dire vis-à-vis d'elle-même, celui de couper le mal dans sa racine, si elle veut conserver, sans être taxée d'abus, le libre exercice de son droit?

TABLE DES MATIÈRES



29 553. — IMPRIMERIE LAHURE
9, Rue de Fleurus, à Paris.

et de l'Institut. 1 vol. in-8°, rel. amateur, peau pleine, tête dorée. 8 »

Système nerveux et maladies. *Synthèse pathologique*, par le Dr MANUEL LEVEN. 1 vol. in-8°, broché .... 8 »

Le traitement de la folie, par le Dr J. LUYS, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité. 1 vol. in-16, reliure d'amateur, tête dorée.......................... 6 »

Outrages à la pudeur. *Violences sur les organes sexuels de la femme dans le somnambulisme provoqué et la fascination.* Étude médico-légale, par le Dr MESNET, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8°, reliure d'amateur, peau pleine souple, tête dorée.. 7 »

Chirurgie opératoire du système nerveux, par le Dr CHIPAULT, avec une préface de M. le professeur TERRIER. 2 vol. in-8° raisin.

TOME I. — *Chirurgie cranio-cérébrale*, avec 430 figures dans le texte, dont 209 en couleurs.......................... 22 »

TOME II. — *Sous presse.*

Les coupes du système nerveux central, par le Dr A. MERCIER, ancien second médecin de l'asile cantonal des aliénés de Burghœlzli. 1 vol. in-18 raisin, reliure d'amateur, tête dorée, peau pleine souple.. 4 »

Traité d'anatomie du système nerveux, par le Dr DÉJERINE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

TOME I. — 1 vol. grand in-8°, broché, avec 401 figures dans le texte .... 32 »

TOME II. — *Sous presse.*

Traitement de la tuberculose par la créosote, par le Dr BURLUREAUX, médecin major de 1re classe, professeur agrégé à l'École d'application du Val-de-Grâce. *Ouvrage couronné par l'Institut* (Prix BRÉANT). 1 vol. in-8°, reliure d'amateur, tête dorée, peau pleine, avec 9 figures dans le texte.................. 10 »

La tuberculose et son bacille, par le Dr STRAUS, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Laënnec. 1 vol. — *Sous presse.*

De l'entérite chronique paludéenne ou diarrhée de Cochinchine. Essai d'interprétation de la pathologie des régions paludéennes intertropicales, par le Dr L. DE SANTI, médecin-major. 1 vol. in-8°. broché .... 4 »

Le choléra, ses causes, moyens de s'en préserver, par le Dr G. DAREMBERG, correspondant de l'Académie de médecine. 1 vol. broché.. 3 50

Notes cliniques sur l'albuminurie : *Albuminurie physiologique, Albuminurie minima*, par les Drs E. LECORCHÉ, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de la maison Dubois, et CH. TALAMON, médecin de l'hôpital Tenon. 1 vol. in-16 br. 3 50